Über Uterusruptur bei manueller Placentarlösung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Ernst Oswald,
Assistenzarzt am Frauenspital in Basel.

Stanford University Library APR 26 1905

Leipzig
Verlag von Georg Thieme
1903.

Über Uterusruptur bei manueller Placentarlösung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Ernst Oswald,
Assistenzarzt am Frauenspital in Basel.

Leipzig
Verlag von Georg Thieme
1903.

Meinen Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberuterusruptur0000erns

Unter den Anklagen wegen medizinischer Kunstfehler fällt nach Fuld[1]) über ein Drittel auf das Gebiet der Geburtshilfe. Diese grosse Zahl erklärt sich aus verschiedenen Umständen. „Kein Arzt kann, zumal auf dem Lande, geburtshilfliche Operationen ablehnen. Er hat auch nicht die Möglichkeit, Ort und Zeit ihrer Ausführung zu bestimmen. Zu jeder Stunde des Tages und der Nacht, nicht selten körperlich und geistig abgespannt, muss er bereit sein, Eingriffe, von denen das Leben von Mutter und Kind abhängt, sofort und allein auf sich angewiesen auszuführen." — „Ein Fehler zieht den andern nach sich, und oft verhindert Verlegenheit und Furcht vor dem Misstrauen der Anwesenden den Arzt, rechtzeitig von einem falschen Wege umzukehren. Er versucht rücksichtslos und gewaltsam die unter irrigen Voraussetzungen begonnene Operation durchzusetzen. Die Folgen davon sind schwere Verletzungen, denen sich aus Furcht vor Entdeckung oder wegen ratlosester Verwirrung weitere entsetzliche Thorheiten anschliessen — Herausreissen des Uterus, Abschneiden vorgefallener Därme nach Uterusruptur, Abtragen von Inversionen." (Kaltenbach)[2]). Dann aber steht der Geburtshelfer wie v. Säxinger[3]) bemerkt, „bei Anklagen wegen Kunstfehler im Vergleich zum Arzt und Wundarzt am ungünstigsten da, seine Fehler sind meist auch für den Laien leicht sichtlich und haben ausserdem noch das Missliche, dass es meist schwere Verletzungen sind, welche gewöhnlich rasch den Tod der Frau herbeiführen; sie lassen sich leicht in der Leiche, selbst wenn diese schon längere Zeit begraben war, nachweisen."

Meistens erfolgt die Klage wegen Schädigung der Mutter in der Geburt, und hier wieder liefern die Verletzungen der weichen Geburtswege und ihrer Nachbarorgane, wie sie am häufigsten nach Anwendung der Zange oder nach Wendung auftreten, über die Hälfte der Fälle. Dementsprechend ist auch ihre gerichtsärztliche Beurteilung schon vielfach und eingehend erörtert worden. Dagegen werden die Verletzungen, die erst in der Nachgeburtsperiode entstanden sind, meist sehr kurz abgethan mit der Bemerkung, dass dies grobe, unentschuldbare Kunstfehler seien, die unbedingt bestraft werden müssen.

Im Folgenden möchte ich die Beschreibung eines im Basler Frauenspital beobachteten Falles von Uterusruptur bei manueller Placentarlösung geben, der in mancherlei Beziehung Interesse erwecken dürfte, daran kurz die in der Litteratur veröffentlichten Fälle anreihen und endlich die für die Beurteilung wichtigsten Punkte besprechen.

Krankengeschichte: Frau H., 35jährig, VIpara, wird am 14. April 1901, abends 9 Uhr, aus einem ca. 30 km entfernten Darfe in einem Wagen in die Klinik gebracht. Die Untersuchung ergiebt folgenden Status: Gut genährte, kollabierte Frau. Temp. 38,6°, Puls 160, klein. Pat. verbreitet einen aashaften Geruch. Zunge etwas trocken. Herz und Lungen normal. Abdomen durch stark geblähte Därme aufgetrieben. Im unteren Teil des Abdomens ist der bis zum Nabel reichende Uterus durchtastbar. Vor der Vulva liegt ein grosses Konvolut schwarzer, scheusslich stinkender, vom Mesenterium abgerissener Darmschlingen.

Nach ihren Angaben und dem Bericht des Arztes hat Pat. am 13. IV eine normale Geburt durchgemacht. Bald nach der Geburt des Kindes unternahm die Hebamme, wie bei sämtlichen früheren Geburten, die manuelle Lösung der Placenta, angeblich wegen Blutung. Sie behauptete, es sei Gefahr im Verzug gewesen, während der Arzt, den sie erst später rufen liess, eher geneigt ist anzunehmen, dass sie den mit ihr verwandten Leuten die ärztlichen Kosten sparen wollte. Der Arzt traf die Pat. noch in leidlichem Zustand. Nach seiner Angabe ordnete er sofort die Überführung der Wöchnerin ins Spital an. Diese erfolgte aber erst am Nachmittag des folgenden Tages. Als sie der Arzt am 14. IV nochmals besuchte, waren die vorgefallenen Därme bereits schwarz verfärbt. Während der zwei Tage hatte Pat. heftige Schmerzen im Leib, mehrmals Brechen, vollständige Stuhl- und Windverhaltung.

Bei dem elenden Zustand wurde sofort nach dem Eintritt beschlossen, die abdominelle Totalexstirpation des Uterus, Resektion des vorgefallenen Darmes und Anlegen eines Anus praeternaturalis vorzunehmen (Prof. von Herff): Unter leichter Beckenhochlagerung ca. 20 cm lange Incision zwischen Nabel und Symphyse. Auf der Rückfläche des Uterus befindet sich eine schräg verlaufende, von Blucoagula umgebene Öffnung, durch welche eine gut aus-

sehende Dünndarmschlinge hindurchgetreten ist. Neben dem Uterus ziemlich viel flüssiges und geronnenes, übelriechendes Blut. Aus der Rupturstelle hangen Eihautfetzen in den Douglas hinunter. Die beiden Schenkel der Dünndarmschlinge werden provisorisch mit Seide doppelt abgebunden und abgetrennt. Dann in typischer Weise Exstirpation des Uterus und der rechtsseitigen Adnexe nach Kelly. Vor der völligen Isolierung des Uterus wird der in ihm liegende Darm von einem Assistenten per vaginam herausgezogen. Entfernung der in der Bauchhöhle befindlichen Eihautfetzen. Einige Darmschlingen zeigen streifige Rötung und Trübung der Serosa. Auf die vaginale Wunde und in den Douglas wird ein Mikuliczbeutel gelegt und oberhalb der durchschnittenen Darmenden ein Gazestreifen in die Bauchhöhle geleitet. Die oberen zwei Drittel der Wunde werden mit durchgreifenden Seidenknopfnähten geschlossen.

Die beiden Darmenden werden nach Durchschneiden des provisorischen Verschlussfadens in die Bauchwunde eingenäht, der abführende Schenkel rechts, der zuführende links, und in der Mitte unter sich durch einige Seidenknopfnähte fixiert. Verband.

Während der ganzen Operation ist der Puls schlecht: mehrere Kampherinjektionen, nachher subkutane Kochsalzinfusion in die rechte Infraclaviculargegend (1000 cm^3). Einwickeln in heisse Tücher.

11 h. p. m. Temp. 36,6°. Puls 160, zeitweise sehr klein. Heftiger Durst. Brechreiz. Wechsel des blutig durchtränkten Verbandes. In der Nacht stündlich Kampherinjektionen. Ein Weinklysma wird nicht behalten. $^1/_2$ stündlich Thee per os, kaffeelöffelweise.

15. IV. 9 h. a. m. Temp. 38,1°. Puls 140, ziemlich kräftig. Zunge trocken. Abdomen in den oberen Partien stark aufgetrieben. Starker Durst. Brechen kleiner Flüssigkeitsmengen. Klysmen werden nicht behalten. Wechsel des mit fäkulenten Massen durchtränkten Verbandes. Pat. erhält 2 stündlich Kampherinjektionen, ferner Kochsalzinfusion von 1500 cm^3 in die linke Infraclaviculargegend.

1 h. p. m. Temp. 38,2°. Puls 168, klein. Aussehen verfallen.

5 h. p. m. Temp. 37,2°. Puls sehr klein. Sensorium meist klar.

16. IV. 12,45 h. a. m. Exitus letalis.

Die Sektion ergab als Todesursache akute (nicht purulente) Peritonitis und Lungenödem, ferner leichte fettige Degeneration des Herzens, der Leber und der Nieren. Beide Fossae iliacae enthielten je 1—2 dl flüssiges, dunkles Blut.

Das bei der Operation gewonnene Präparat besteht aus:

1. einem $2^1/_2$ m langen Stück Dünndarm, das an beiden Enden je auf eine Strecke von ca. 30 cm normal aussieht. Der ganze Rest ist blauschwarz verfärbt, die Serosa trübe, das Mesenterium überall an der Ansatzstelle abgerissen, die Gefässe thrombosiert.

2. Dem kindskopfgrossen Uterus nebst den Adnexen der rechten Seite. Links ist nur ein kleines Stück Tube erhalten. Links im Fundus, auf der Hinterseite, weist der Uterus einen unregelmässigen, 3—4 cm langen, überhalbkreisförmigen Riss auf, dessen Ränder stark eingezogen sind, so dass die vom konvexen Rand des Risses umfasste Partie bürzelförmig prominiert. Aus dem Riss hängt ein 6 cm langer Eihautfetzen heraus. Derselbe durch

zieht den ganzen Uterus, so dass seine Gesamtlänge 16 cm beträgt. Die Maasse des Uterus sind folgende: Länge 13 cm, Breite 12 cm, Tiefe 8,3 cm. Die Wandung hat an der vorderen Wand eine Dicke von 3,7 cm, an der hinteren von 2,5 cm, im Fundus von 2,0 cm. Im Fundus liegt ein grosses Blutcoagulum. Die Placentarstelle befindet sich im Fundus gegen die hintere Wand, zeigt aber so wenig als die übrige Uterusinnenfläche irgendwelche Besonderheiten.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt die Uteruswand überall, namentlich in den oberflächlichen Schichten, dicht kleinzellig infiltriert. Die Decidua ist, wo sie überhaupt noch erkennbar ist, nekrotisch wie die Chorionzotten. Irgendwelche Veränderungen, die das Zustandekommen der Ruptur hätten begünstigen könn n, sind nirgends zu bemerken.

Die angegebenen Dickenmasse entsprechen zwar nicht den Verhältnissen zur Zeit der Operation, sondern sind, da der Tod erst $2^1/_2$ Tage p. part. erfolgte, bedeutend grösser. Immerhin ist daraus noch deutlich zu ersehen, dass rohe Gewalt muss angewendet worden sein, um die Verletzung zu ermöglichen. Da der Fall nicht zur Anzeige gebracht wurde, war es mir leider nicht möglich, Genaueres über den ganzen Vorgang zu erfahren. Jedenfalls hat die Hebamme gegen ihre Instruktion gehandelt, indem sie den Arzt erst rufen liess, nachdem das Unglück schon eingetreten war. Dass sie zur Vornahme der Lösung wegen lebensbedrohlicher Blutung sich genötigt glaubte, ist zwar nicht direkt zu bestreiten, doch darf man diese Angabe stark bezweifeln im Hinblick darauf, dass sie bei derselben Frau schon 5 mal dieselbe Operation eigenhändig vorgenommen hatte. Dass die Ruptur keine spontane war, geht aus der eigentümlichen Form des Risses hervor, und die Dicke der Uteruswandung spricht deutlich dafür, dass äusserst gewaltsam vorgegangen wurde. Zur Entschuldigung der Hebamme kann also in diesem Falle nichts angeführt werden. Therapeutisch war er, zur Zeit als er in Behandlung kam, ziemlich aussichtslos. Die Totalexstirpation des entzündeten und Lochien secernierenden Uterus war jedenfalls die einzige Operation, die in Verbindung mit dem Anlegen eines Anus praeternaturalis noch irgendwelche Aussicht auf Erfolg bot.

Im Anschluss an diese Beobachtung führe ich die Fälle von ähnlichen Verletzungen in der Nachgeburtsperiode an, die ich in der Litteratur habe finden können. Da mir vielfach nur ganz kurze Referate zur Verfügung standen, sind die einzelnen Fälle sehr ungleich behandelt.

1. Dietel: Cbl. f. Gyn. 1898, XXII., pag. 387. $3^1/_2$ Stunden nach spontaner Geburt wurde nach vergeblichen Expressionsversuchen vom herbeigerufenen Arzt zur manuellen Lösung der Placenta geschritten, nachdem er zur Narkose einen zweiten Arzt beigezogen hatte. Die Lösung war sehr schwierig, dauerte $^1/_2$ Stunde und beförderte die Placenta nur stückweise zu Tage. Wegen starker Blutung und auffallenden Verfalles liess der Arzt die Pat. in die Klinik überführen, mit der Angabe, es handle sich wahrscheinlich um Perforation des Uterus. Etwa 12 Stunden post partum Laparotomie (Prof. Zweifel). Grosser Bluterguss in der Bauchhöhle. Ein nicht mehr blutender Riss im Lig. latum dextr. wurde genäht, ein ca. 65 cm langes Stück vom

Mesenterium abgerissenen Dünndarms reseciert, die Darmenden durch Murphyknopf vereinigt. Ausserdem fand sich ein Riss im rechten Mesovarium und Mesosalpinx, sowie Abreissung des rechten Lig. rotundum. Bald nach der Operation erfolgte der Exitus.

Die Sektion zeigte die Placenta noch zum grössten Teil im Fundus und an der Hinterfläche des Corpus sitzend.

Offenbar hatte sich der Arzt, wie Dietel angiebt, in der Höhe des inneren Muttermundes rechts durch die Muskulatur gearbeitet, das Lig. rotund. und die Tube für den Nabelstrang, das Mesenterium für die Placenta gehalten.

Von einer gerichtlichen Verfolgung ist nichts bemerkt.

2. Verhandlungen d. Ges. f. Geburtshilfe in New-York (ref. im Cbl. f. Gyn. 1891, XV., No. 41). „Grandie teilt einen bemerkenswerten Fall mit, in welchem Uterusruptur bei dem Versuche der Lösung der Placenta eintrat. Grosse Darmschlingen drängten sich vor." Am folgenden Tage, nachdem sich die Kranke etwas erholt hatte, Bauchschnitt. Quer verlaufender Riss. Entfernung des ganzen Uterus. Prolabierter Darm in einer Länge von 4 Fuss missfarbig und gangränös. Tod nach 9 Stunden.

Ob der Darm vom Mesenterium abgerissen war oder nicht, lässt sich leider ebenso wenig ersehen wie das genaue Zustandekommen der Ruptur. Doch fasst auch Sänger[1]) den Fall auf als eine „innere Durchbohrung des Uterus".

3. Hofmann: Sechs Fälle von Dislaceratio uteri. Neue Zeitschr. f. Geb.-Kunde 1851, XXXI., Heft 3. Nach mühsamer, $2^1/_2$ Stunden dauernder Wendung bei Querlage, die nach Aussage aller Zeugen sehr schonend vorgenommen worden war, beförderte der Bader ein totes Kind zur Welt. Darauf soll die Hebamme roh über die Gebärende hergefallen sein und ihr ungeachtet ihrer Schmerzen die Nachgeburt aus dem Leibe gerissen haben, worauf sogleich die Gedärme nachdrangen. Exitus nach 2 Stunden.

Sektion: In der Bauchhöhle gegen 2 Mass geronnenes Blut. Ein Teil des Dünndarms durch einen Riss in die Scheide herabgetreten. In der rechten Seite des Uterus, im Körper beginnend und sich auf die Cervix und die Scheidenwand fortsetzend, ein 10″ langer Riss. Gewebe von Uterus und Vagina normal. Die Wandungen des Uterus sichtlich beschädigt und Sugillationen zeigend. Der Riss reiht sich unmittelbar an die Placentarstelle an. Becken normal, (ebenso das Kind).

Das Gutachten[2]) sprach die Schuld am Gebärmutterriss der Hebamme zu, und sie wurde zu 4 Wochen doppelt geschärfter Gefängnisstrafe verurteilt.

4. Kaltenbach: Lehrb. f. Geburtshilfe 1893, pag. 327. Beim Versuch der Placentarlösung hatte sich der Arzt, der sich viel mit Geburtshilfe beschäftigte, „an 2 Stellen durch die Gebärmutterwand durchgebohrt und dazwischen das Peritoneum auf halbe Handbreite losgewühlt; den abgelösten Peritoneallappen hielt er für festhaftende Eihautfetzen. Erst der schwerste

[1]) Verhandlungen d. deutsch. Ges. f. Gyn. VI, 1895.

[2]) cit. in Bl. f. ger. Med. 1865.

Kollaps der Frau machte seinen gewaltsamen Bemühungen ein Ende. Die Frau starb trotz Wundnaht, da sie gleichzeitig septisch infiziert worden war."

5. Schlecht: Fragl. Schuld d. Hebamme etc. Ztschr. f. Medizinalbeamte, Bd. IX, pag. 1 (ref. in Frommels Jahresbericht 1896). 45 jährige, schlecht genährte IIpara mit Hängebauch, hatte nach protrahierter Geburtsthätigkeit eine macerierte Frucht mit stark verschieblichen Kopfknochen geboren. Wegen Blutung entfernte die Hebamme die Nachgeburt manuell und verliess dann die Wöchnerinn. Bald darauf Verblutungstod.

Die Sektion ergab linkerseits, vom äusseren Muttermund beginnend, einen 11 cm weit nach aufwärts verlaufenden Riss durch die Muscularis bis unter das intakte, durch einen Bluterguss abgehobene Peritoneum, mit stark verdünnten, fetzigen Rissrändern.

Das Gutachten nahm spontane Entstehung des Risses an. Das Verlassen der Wöchnerin sei ein Fehler, habe aber an dem unglücklichen Ausgang keine Schuld. Die Verblutung sei aus dem Riss, nicht aus der Placentarstelle erfolgt. Die Begründung des Gutachtens stützt sich auf die willkürliche Annahme, dass inkomplete Risse spontan durch Dehnung entstehen und stark bluten. Zu besonders starker Dehnung lag in dem Fall aber gar kein Grund vor, so dass „doch wohl die Ruptur bei der manuellen Entfernung der Nachgeburt entstanden ist".

6. Stöller: Schauderhafte Geschichte einer zu Mühlhausen i. Th. vorgefallenen sogenannten Nachgeburtsoperation. Journ. f. Chir., Geb.- u. gerichtl. Arzneykunde v. Loder, 1799, II. Ein namentlich deswegen berühmter Fall, weil er einem Stadtphysikus vorgekommen ist. Es handelte sich um eine 34 jährige IVpara. Spontane Geburt eines asphyktischen Mädchens am 8. V. 1798. Da 1 Stunde p. part. die Nachgeburt noch nicht ausgetreten war, wurde Dr. F. gerufen. Ohne dass eine Blutung bestand, machte er sich ohne weiteres an die manuelle Lösung, die $^3/_4$ Stunden dauerte. Darauf ging er nochmals ein, zog eine $4^3/_4$ Ellen lange Darmschlinge hervor und liess sie von der Hebamme abschneiden. Dem Mann sagte er, die Frau werde in einer halben Stunde tot sein. Das war auch der Fall. Sektion wurde keine vorgenommen.

Diese Beschreibung des Geburtsvorganges wurde im Reichsanzeiger veröffentlicht. In einer der folgenden Nummern verwahrte sich Dr. F. gegen diese „verleumderische Beschuldigung". Er gab an, die Frau sei schon vor der Operation äusserst schwach gewesen, und der Darm schon vorher vorgefallen. Er habe sich beim Eingehen von der Nabelschnur leiten lassen, von der Gebärmutter habe er „nichts gemerkt", die Nachgeburt habe er an den Rückenwirbeln angewachsen gefunden. Das Abschneiden der Därme habe er von der Hebamme erst nach dem Tode wollen vornehmen lassen. Er giebt selber zu, in 30 jähriger Praxis unter mehreren hundert Geburten keinen solchen Fall erlebt zu haben.

Das Urteil, das erst einige Zeit nach dem Tode des schon längere Zeit „sehr kranken" Arztes veröffentlicht wurde, erklärte ihn der ausübenden Funktion eines Geburtshelfers für verlustig und verfällte ihn zugleich mit Verurteilung in die Untersuchungskosten zu einer Strafe von 30 Reichsthalern.

7. Sentex: Accusation d'homicide par imprudence etc. Le Bordeaux médical. Décembre (ref. in Virchow-Hirsch Jahresberichte 1874, I, pag. 568).

Ein Wundarzt zog „nach 3stündiger Arbeit, ohne dass eine Indikation vorlag, in den Uterus einzugehen, mit der Placenta ein Stück des Uterus und 5 m Eingeweide hervor und schnitt den Darm ab, worauf die Kreissende nach 2 Stunden verstarb."

Der Wundarzt wurde schuldig erklärt.

8. Kaufmann: Mon.-Schr. f. Geb.-Kunde, XXIX., pag. 87. Nach normaler Geburt bei einer Mehrgebärenden löste die Hebamme manuell die Placenta. Gleich darauf Symptome der Uterusruptur. Exitus am dritten Tage.

Die Sektion ergab einen 4″ langen, dem Placentarsitz entsprechenden Riss an der hinteren Wand der Gebärmutter.

9. Schuhmacher: Wiener med. Presse 1872. Da bei einer XIpara 1 Stunde p. part. trotz Zugs an der Nabelschnur die Placenta nicht abging, holte die Hebamme den Wundarzt M. Dieser machte sich sofort an die manuelle Lösung. Nach derselben ging er mit der Hand nochmals ein und hatte, wie er die Hand wieder herauszog, Därme darin. Das Fühlen der Därme beim zweiten Eingehen brachte ihn, wie er selbst zugab, „ganz ausser Fassung". Die Frau starb am dritten Tage.

Sektion: Aus der Vulva hängt ein 2′ langes abgerissenes Darmstück, eine ca. 1′ lange Darmschlinge und ein ca. 2′ langes Stück Netz. Gebärmutter wie die Därme mit teilweise schon organisiertem Exsudat bedeckt. An der Hinterfläche, in der Nähe der Insertionsstelle der Gebärmutter in das Scheidengewölbe ein $2^1/_2$″ langer Querriss, durch den die Eingeweide heraustreten. Die Umgebung des Risses ist „ausserordentlich dünn und sehr leicht zerreisslich".

Das Gutachten der Sachverständigen nahm Tod durch Erschöpfung des Nervensystems an. Der Riss entstand „mit allergrösster Wahrscheinlichkeit gewaltsam und zwar, indem beim Durchgehen durch den engen Muttermund der Uterus nach oben gedrängt wurde, ohne dass ihn die äussere Hand entgegendrückte". „Eine Zerreissung der Gebärmutter bei einer Placentarlösung fällt immer dem Operateur zur Last." „Das Entzwei- und Abreissen der Gedärme ist nicht als ein Kunstfehler, sondern als ein geradezu äusserst roher Eingriff zu bezeichnen".

Wundarzt M. wurde „des Vergehens gegen die Sicherheit des Lebens schuldig erkannt und ihm ausserdem die Ausübung der Geburtshilfe so lange untersagt, bis er in einer neuen Prüfung die Nachholung der mangelnden Kenntnisse dargethan hat".

Wenn schon in diesem Falle nicht deutlich zu erkennen ist, ob die Hand des Geburtshelfers überhaupt in den Uterus eindrang, so wird der folgende direkt als Perforation des Scheidengewölbes bezeichnet.

10. Spengler: Perforation du cul-de-sac postérieur etc. Revue médicale de la Suisse Romande 1893, XIII., pag. 446. 24jährige IIpara, erste Geburt normal, ebenso die des zweiten Kindes. Die Hebamme hatte ohne ersichtlichen Grund 2 Stunden ante partum 5 Tropfen Ergotin verordnet. Eine halbe Stunde p. part. liess sie nach vergeblichen Expressionsversuchen wegen Blutung und Schwäche der Frau einen Arzt holen. Nach misslungenen Credé-Versuchen

ging dieser zur manuellen Lösung über. Er fand die Gebärmutter hart kontrahiert. Da die Kontraktion nicht nachliess, drang er gewaltsam ein und will im Moment, wo er die Placenta fasste, gefühlt haben, dass der Uterus reisse. Die Extraktion dauerte dann noch längere Zeit, zweimal verlangte er eine Schere, um Adhärenzen zu durchschneiden. Als hernach die Hebamme die Placenta besah, bemerkte sie beträchtliche Stücke Darm daneben liegen. Exitus $6^1/_2$ Stunden p. part.

Die von der Hebamme verlangte Sektion ergab:

1. Im Uterus ein grosses Stück Chorion und ein kleiner Rest Placenta.
2. Kompleter Dammriss bis in die hintere Wand des Anus.
3. Ausgedehnter perforierender Riss im hinteren Scheidengewölbe.
4. Mehrere Schnitte im Darm und Mesenterium, sowie Fehlen eines grossen Stückes Darm.
5. Erguss von Blut und Kot in die Bauchhöhle.
6. Allgemeine Anämie.

Gutachten: 1. Die Frau ist an Verblutung gestorben. Es lässt sich nicht bestimmen, welchen Anteil daran die Blutung unter der Geburt und in der Nachgeburtszeit vor Lösung der Placenta hatte, und welchen die Blutung infolge der Zerreissungen.

2. Der Shok kann den schnellen Eintritt des Todes begünstigt haben.

In den nächsten 5 Fällen bestand schon vor der Operation eine Ruptur.

11. Schürmayer: Deutsche Ztschr. f. St.-Arzn.-Kde., XVII., 1. (ref. in Bl. f. ger. Mediz. 1862, VI. pag. 493). 43 jährige Ipara. Forceps ohne besondere Schwierigkeiten. Bald darauf wollte der Geburtshelfer die Placenta manuell lösen. Nachdem er schon über eine halbe Stunde daran herumgearbeitet hatte, verlangte er eine Schere. Endlich zog er aus der Vulva Därme hervor, schob sie aber gleich wieder zurück und liess den Amtsarzt kommen. Bald darauf starb die Frau.

Sektion: Aus der Vulva hängen 2 vom Mesenterium abgerissene Darmschlingen von 6 und 13" Länge und ein 13" langes Stück Nabelschur heraus. In der Bauchhöhle 3—4 Schoppen Blut. Uterus sowie die noch haftende Placenta unverletzt. An der hinteren Vaginalwand ein $2^1/_2$" langer Riss, von der Portio nach abwärts laufend, Ränder bis $1^1/_2$" klaffend, unregelmässig, braunrot. Vagina „von auffallend dünner Struktur und Beschaffenheit".

Der gut beleumdete, seit 26 Jahren praktizierende Arzt behauptete, der Riss sei vor der Zangenanlegung entstanden.

Das bezirksgerichtsärztliche Gutachten nahm an:

1. es liege ein Kunstfehler vor;
2. „die Handlung sei eine fahrlässige gewesen, weil der Arzt bei der Anwendung gewöhnlicher Beflissenheit mit grosser Wahrscheinlichkeit den tödlichen Erfolg hätte voraussehen und die Placenta von den Darmschlingen leicht unterscheiden können;
3. der Tod sei durch Kunstfehler erfolgt und zwar nicht durch den Scheidenriss, sondern durch das gewaltsame Herabziehen der Darmschlinge in Verbindung mit der Blutleere und der teilweise brandartigen Entzündung der betreffenden Teile."

Mit diesem Gutachten stimmen zwei weitere ungefähr überein und betonen nur noch, dass kein genügender Grund zur Vornahme der Placentarlösung vorhanden war, und werfen dem Arzt vor, dass er sich nicht von der Nabelschnur leiten liess. Der Obergerichtsreferent nahm die Möglichkeit eines spontanen Scheidenrisses an. Die Verwechslung von Därmen und Placenta sei entschuldbar.

Daraufhin wurde der Angeklagte freigesprochen.

12. Rump: Kunstfehler eines Arztes bei der Geburt. Ztschr. f. Medizinalbeamte 1892, Bd. V, pag. 112 (ref. in Frommels Jahresberichte 1892). „Nach vorausgegangener, ziemlich leichter Wendung aus Schieflage war der Arzt mit der Hand in die Geschlechtsteile eingegangen, um die Nachgeburt manuell zu entfernen. Er zog eine Masse heraus, welche die Hebamme sofort als Gedärme erkannte, und welche er ihr auf seine Verantwortung hin abzuschneiden befahl."

„Bei der Sektion fand sich das ganze aufsteigende, das quere und die obere Hälfte des absteigenden Kolon fehlend."

Zu seiner Verteidigung führte der Arzt an, der Darm sei von selbst vorgefallen. Da er während der Repositionsversuche kalt geworden sei, habe er das vorgefallene Stück resecieren wollen, und wegen des schlechten Zustandes der Frau habe er die Vernähung unterlassen.

Das Gutachten machte jedoch darauf aufmerksam, dass selbst bei gegebener Scheidenruptur namentlich das Kolon wegen seiner Befestigungen nicht in der Ausdehnung spontan vorfallen könne. Das Abschneiden des Darmes ohne jegliche antiseptische Vorbereitungen und Vorkehrungen, sowie das Verlassen der Kranken gleich darauf sei als Fahrlässigkeit anzusehen.

Auf dieses Gutachten hin wurde der Beklagte zu 6 Wochen Gefängnis verurteilt.

13. Becker: Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten (ref. in Frommels Jahresberichten 1893). „Nach spontaner Geburt ging der Arzt zur Lösung der Nachgeburt ein, riss die Nabelschnur ab, ergriff dann eine durch einen perforierten Scheidenriss vorgefallene Darmschlinge und trennte durch Zug den Darm in einer Ausdehnung von 5 m von dem Mesenterium ab."

Die Sachverständigen nahmen, da schon vor Ankunft des Arztes starke Blutung bestand, und auf die Aussage des Arztes hin, an, der Scheidenriss sei spontan entstanden. Das Abreissen des Darmes wurde zwar getadelt, als Entschuldigung aber auf die Seltenheit und Schwere des Falles und auf die Verwirrung des Angeklagten angesichts der Kompliziertheit des Falles hingewiesen.

Der Angeklagte wurde freigesprochen. Er erkrankte bald darauf an Paralyse.

14. Landau: Fahrlässige Tötung nach Darmzerreissung bei vermeintlicher Lösung der Nachgeburt? Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1901, pag. 261. Einige Stunden nach anscheinend regelmässiger Entbindung wurde ein Arzt zur Dammnaht gerufen. In der Scheide erblickte er eine placentaähnliche Masse. (Die Placenta selbst war von der Hebamme schon beseitigt worden). Er riss von der Masse zwei kleine Fetzen ab, die auch der Hebamme als Placentarstücke imponierten. Er ging nun mit der Hand ein und riss das blutige Gewebsstück „mit einiger Gewalt heraus, obgleich

demselben eine längere, ihm und der Hebamme als Nabelschnur erscheinende Masse folgte. Als aber dem Zuge immer noch weitere Schlingen folgten, wurde er stutzig, hielt an und rief einen zweiten Arzt zur Hilfe. Auch dieser hielt anfangs das vorgefallene Stück für die Nabelschnur; bei näherem Hinsehen aber erkannte er, dass das angeblich über 2 m lange Stück Darm war.“ Die Pat. wurde darauf in eine Klinik transportiert, wegen ihres elenden Zustandes jedoch von einer grösseren Operation Abstand genommen und bloss der Darm, „bis lebensfähiges Gewebe hervortrat, aus der Scheide herausgezogen, abgeschnitten, dann in die rektale Höhle zurückgeleitet, und mit einigen Knopfnähten am Sphincter ani befestigt“. Nach zwei Tagen trat der Tod ein.

Nach Anzeige von Seite des Gatten wurde 5 Tage post mortem die Leiche exhumiert und obduziert. Wie sich bei der Sektion herausstellte, hatte der Angeschuldigte den Mastdarm gefasst und diesen, sowie (nach Angabe der Zeugen) ca. $2^1/_2$ m Dickdarm herausgerissen. Die Verletzung war aber sehr merkwürdiger Natur. Ausser dem Dammriss waren beidseits bis ins Scheidengewölbe reichende, offenbar spontan bei der Geburt entstandene, Risse in der Scheide. Das Peritoneum des Douglas völlig intakt. Das herausgerissene Darmstück bestand offenbar nur aus dem Schleimhautrohr, während der grösste Teil der Muskularis, sowie die Serosa zurückblieb. (Derartige Trennungen sind nach Landau leicht möglich). Durch Zug war dieses eigentümliche Schleimhautrohr, das für Nabelschnur gehalten worden war, auf eine Länge von angeblich über 2 m ausgezogen worden, obgleich der Dickdarm vom rechten Drittel des Querkolon aufwärts intakt war. Unterhalb dieser Stelle setzte sich der Darm plötzlich in einen dünnen, glatten, zum After hinziehenden Schlauch fort.

Landau erklärt den Vorgang so, dass bei der Geburt spontan die Scheidenrisse entstanden seien, ein Teil der hinteren Scheidenwand fehlte und hier eine Vorbauchung und Einreissung der vorderen Mastdarmwand bestand, wie solche, wenn auch selten, doch sicher bei spontanen Geburten vorkommen.

In seinem Gutachten verneint er die Frage, ob Fahrlässigkeit vorliege. „Denn mit dem Moment , wo man anerkennen kann,“ — was er nach eingehender Begründung thut — „dass nach Überlegung und Prüfung der Situation die Annahme, es liege ein Stück Nachgeburt in der Scheide, als eine auch bei genügender Aufmerksamkeit mögliche festgestellt wird, darf die einem solchen diagnostischem Irrtum folgende beklagenswerte therapeutische Konsequenz wohl als ein Akt mangelnder Übung, Erfahrung und Intelligenz, aber nicht als ein Akt, hervorgerufen durch Fahrlässigkeit, bezeichnet werden“ Er kommt daher zum Schluss: „Der Angeschuldigte hat in Anbetracht der komplizierten Verhältnisse des Falles, in Anbetracht seiner, das Durchschnittsmass der medizinischen Ausbildung nicht übersteigenden, aber keineswegs minderwertigen Kenntnisse und Erfahrungen nicht fahrlässig gehandelt, indem er die irrige Diagnose auf einen in der Scheide befindlichen, durch Blutgerinnsel festgebackenen Nachgeburtsrest stellte und in therapeutischer Verblendung die Konsequenz zog, dass er dieses Stück entfernen müsse. Der Angeschuldigte hat durch sein Verhalten den Tod der Frau H. zwar verschuldet, er hat aber nicht die Aufmerksamkeit, zu der er vermöge seines Berufs verpflichtet ist, bei seinem Eingriff ausser acht gelassen.“

Auf Grund dieses Gutachtens wurde das Verfahren eingestellt.

15. Šlechta: Über Uterusrupturen. Wiener med. Blätter 1891 XIV, No. 20. „Die Prager Fakultät hatte einen Fall zu begutachten, in welchem ein Arzt die Milz, welche er für die Placenta hielt, samt den Gedärmen aus den Geschlechtsteilen herausbeförderte!"

Etwas unklar in ihrer Entstehung sind die drei folgenden Fälle.

16. Phillips: A case of ruptured uterus treated by abdominal hysterectomy. Transact. of the Lond. Obstetr. Soc. XXXIX pag. 260 (ref. in Frommels Jahresberichte 1898). Extraktion des nachfolgenden Kopfes bei einer Frucht im VI.—VII. Monat. Wegen starker Blutung wurde mit der Hand eingegangen und versucht, die Placenta zu entfernen, entfernt wurde aber statt ihrer das Ovarium, die Tube und ein Stück Peritoneum. Unmittelbar darauf akute Inversion des Uterus, wobei eine Ruptur vom innern Muttermund bis zum Fundus hinauf sichtbar wurde. Nach Reposition wurde der Uterus per laparotomiam exstirpiert. Tod nach 5 Tagen.

17. Schneider: Die Zerreissung des Scheidengewölbes während der Geburt. Arch. f. Gyn. 1884, XXII, pag. 309. 34 jährige V para. Spontane Geburt nach 19 stündigen heftigen Wehen. Trotz Credé und dreimaligem Ziehen an der Nabelschnur trat die Placenta nicht aus. Beim Ziehen jedesmal heftige Schmerzen und starke Blutung. Der herbeigeholte Arzt löste die Placenta manuell; rief aber wegen eigentümlicher Gewebsteile, die er in der Scheide fühlte, den Dr. S. Dieser traf die Frau anämisch mit fadenförmigem Puls. Er fand im hintern Vaginalgewölbe einen Querriss, der leicht 4 Finger einführen liess, aber nicht perforierend war. Der Fall ging unter exspektativer Behandlung in Heilung aus. Die Entstehung des Risses war nicht klar, offenbar bestand infolge von Hängebauch Prädisposition durch Überdehnung.

18. Šlechta: Über Uterusruptur. Wiener med. Blätter 1891, No 23. III para. Zwillingsgeburt. Das erste Kind wurde spontan geboren. Nach intrauterinen Manipulationen der Hebamme, um die Placenta zu entfernen, trat Blutung auf. Beim, von einem herbeigerufenen Arzt angeordneten, Eintritt in die Klinik bestanden deutliche Symptome von Uterusruptur. Das zweite Kind, das sich in Querlage befand und abgestorben war, wurde durch Dekapitation und Extraktion entbunden. Beide Placenten wurden spontan geboren. Unter Tamponade des, nicht perforierenden, Risses ging der Fall in Heilung aus. Zur Entschuldigung der Hebamme ist anzuführen, dass nach der zweiten Geburt eine rechtsseitige Parametritis bestanden hatte. Die rechte Uteruswand war durch Adhäsionen fixiert, daher die linke Seite übermässig gedehnt, so dass ein geringfügiger Insult genügte, um Ruptur zu bewirken.

Zu den schauderhaftesten, wenn auch prognostisch weniger ungünstigen Verletzungen gehören die Ausreissungen der ganzen Gebärmutter statt der Nachgeburt.

19. Schwarz: Ausreissung der ganzen Gebärmutter etc. Arch. f. Gyn. 1880, XV, Heft 1. IX para. Leichte, normale Geburt. Beim Ziehen an der Nabelschnur zum Entfernen der Nachgeburt riss die Nabelschnur,

so dass die Hebamme sich genötigt sah, angeblich mit wenig Mühe, die Placenta manuell zu lösen. Wegen fortdauernder Blutung und Kleinheit der entfernten Placenta vermutete sie, es sei ein Stück zurückgeblieben, und führte die Hand nochmals ein. „Dabei sei sie in der linken Seite auf einen grossen, rundlichen, leicht beweglichen Körper gestossen, den sie für eine Geschwulst gehalten und deshalb herausgerissen habe.“ Dabei, wie schon bei dem ersten Lösungsversuch, heftige Schmerzen der Kreissenden, Ohnmacht und starke Blutung.

$2^1/_2$ Stunden nach der Entbindung kam der Arzt und erkannte in der Geschwulst den gut kontrahierten, nicht invertierten Uterus — es fehlte nur der unterste Teil der Cervix — nebst einem kleinen Teil der Adnexe (ohne Ovarien). Der Uterus enthielt keine Placentarreste mehr. Nach Entfernung der Blutgerinnsel in der Vagina legte der Arzt einen Tampon ein. Darm war nicht vorgefallen, wurde aber bei der innern Untersuchung gefühlt. Vom weitern Verlauf führe ich nur an, dass in den ersten Tagen Fieber bestand (bis $39{,}2^0$, Puls 100), das aber schon am 6. Tage verschwunden war. Ca. 3 Wochen p. part. verliess Patientin das Bett. Nach weitern 3 Wochen ergab eine Speculumuntersuchung: „derbe, strahlige Narbe im obern Teil der Scheide, keine Spur einer Portio vaginalis oder eines Muttermundes.“ Die fehlende Partie der Cervix ist wohl teils von der Hebamme fetzenweise entfernt, teils im Wochenbett abgestossen worden, der Rest in die Narbe aufgegangen.

Schwarz erklärt sich den Vorgang so, dass die Hebamme „beim Ablösen der Placenta die Gebärmutter mit solcher Gewalt in die Höhe gedrängt hat, dass dieselbe grösstenteils von ihrer Umgebung abgerissen wurde. Beim zweiten Eingehen gelangte sie dann jedenfalls sofort durch die Rissöffnung in die Bauchhöhle, hielt den früher nie in der Weise gefühlten Uterus für etwas Fremdartiges und zog ihn, möglicherweise, wie sie angiebt, ohne stärkere Gewaltanwendung, aus der Scheide hervor.“

20. J. H. Walters: On post-partum avulsion of the uterus etc. Obstetrical transact. 1885, Vol. XXVI, pag. 233. 22jährige IIIpara. Normale Geburt. 10 Minuten darauf zog die Hebamme an der Nabelschnur. Diese zerriss. Dann Eingehen mit der ganzen Hand. Einen harten Gegenstand, den sie in der Vagina fühlte, hielt die Hebamme, da sie sich nicht mehr durch die Nabelschnur konnte leiten lassen, für die Placenta und wollte ihn entfernen. Auf Bitten der Wöchnerin entfernte sie die Hand wieder, machte aber bald darauf einen zweiten Versuch. In dem Augenblick, als sie die Hand wieder herauszog, ging ein Klumpen ab, wie sich später herausstellte die Placenta, während sie in ihrer Hand den Uterus hielt. Die Hebamme leugnet, Gewalt angewendet zu haben, sie habe bloss zwischen Fingern und Daumen die Masse abgekneipt. Während die Hebamme sich mit dem Kinde beschäftigte, tat die Mutter der Patientin Uterus und Placenta in eine Schüssel, und als die Patientin sich elend fühlte, sah sie nach, ob es blute, und erblickte vorgefallenes Netz. Nun liess sie den Arzt holen. Als dieser vergebens den puerperalen Uterus fühlen wollte, liess er sich die entfernte „Nachgeburt“ zeigen und erkannte das Unglück. Er versuchte zweimal, das Netz zu reponieren, es fiel aber beide Male sofort wieder vor.

Als Walters, den der Arzt nun noch herbeirief, die Patientin 21 Stunden post. part. zum ersten Mal sah, war sie sehr anämisch, Puls 120,

fühlte sich aber im ganzen wohl. Abdomen weich, nicht aufgetrieben. Vor der Vulva liegt ein 14″ langes Stück Netz. Blutiger Ausfluss. Mit dem Katheter wird klarer Urin entleert. Walters band das Netz im Niveau der Vulva in 5 Portionen ab, und schnitt den vorgefallenen Teil ab. Unter Opiumbehandlung und Spülungen mit Kal. hypermanganic. blieb der Zustand in den nächsten Tagen ordentlich. Am 6. Tage Schüttelfrost. Temp. 36,3°, Puls 170. Vaginaluntersuchung zeigt, dass der Riss rund um den Netzstumpf sich zusammengezogen hat. Am 7. Tage erster Stuhlgang. Feste Nahrung. Höchste Temperatur am 10. Tage mit 38,3°. Ende der dritten Woche Aufsitzen. Von Woche zu Woche verkleinerte sich der Netzstumpf. Die Vagina blieb 4″ lang, der obere Teil durch Stränge fixiert. Narbe im Speculum deutlich sichtbar.

Das Präparat besteht aus einem vollständigen, gut kontrahierten Uterus. Die Trennung war vorne im Gewölbe erfolgt, hinten war vom Scheidengewölbe ein ca. $1^1/_2$″ langes Stück am Uterus geblieben. An der Verbindungsstelle dieses Stückes mit der Cervix findet sich eine Quetschung und teilweise Zerreissung wie von einem Finger herrührend. Die rechten Adnexe hängen vollständig am Uterus, links nur ein kurzes Stück der Tube, des Lig. ovarii und des Lig. rotundum.

Die Hebamme hat mit grösster Wahrscheinlichkeit beim ersten Eingehen das hintere Scheidengewölbe durchgestossen und beim zweiten Eingehen von hier aus den Uterus losgelöst.

Keine gerichtliche Verfolgung.

21. Obergutachten der königl. wissenschaftl. Deputat. f. d. Medicinalwesen, betr. ärztlichen Kunstfehler (Olshausen und Pistor). Vierteljahrsschrift f. ger. Med., 1897, XIII, pag. 267. Ipara. 2 Stunden nach spontaner Geburt liess die Hebamme einen Arzt rufen, da die Placenta noch nicht geboren war. Keine abnorme Blutung. Der Arzt, der 3 Stunden post part. erschien, fand die Gebärmutter „krampfhaft zusammengezogen.“ Bei versuchsweisem, sanftem Ziehen an der Nabelschnur riss diese ab. Versuche, die Nachgeburt durch äusseren Druck zu entfernen, misslangen, trotzdem dass der Arzt über 1 Stunde lang drückte, dann die Hebamme drücken liess und schliesslich selbst wieder drückte, bis er erschöpft war. 12 Stunden post part. untersuchte er eingehend — er hatte sich unterdessen zu Hause in einem Lehrbuch überzeugt, dass es sich entweder um Verwachsung der Placenta mit der Uteruswand oder um abnorm grosse Placenta handeln müsse — „und fand dabei in der Scheide, unmittelbar hinter dem Eingang eine weiche Geschwulst“. Nach äusserst mühsamer Arbeit, die ihn sogar nötigte, vor Beendigung der Operation zur Erholung für 10 Minuten ins Freie zu gehen, brachte er endlich die „Geschwulst“, die er mit einer Muzeux'schen Zange gefasst hatte und für die Nachgeburt hielt, heraus. Dabei empfand die Frau heftige Schmerzen. „Die Wöchnerin klagte jetzt über Schwäche, war blass im Gesicht und blau an den Lippen.“ Puls unfühlbar. $14^1/_2$ Stunden post part. war die Frau tot.

3 Wochen später Exhumierung und Sektion der Leiche. Die Besichtigung der entfernten „Geschwulst“ zeigte, dass dieselbe aus dem vollständigen Uterus bestand. Die Placenta war an keiner Stelle von der Wand der Gebärmutter gelöst.

Die Obduzenten gaben ihr vorläufiges Gutachten dahin ab, dass

1. der Tod durch Verblutung eingetreten sei;
2. die Verblutung die natürliche Folge sei der gewaltsamen Entfernung, bezw. der Herausreissung der Gebärmutter.

Diesen Sätzen schloss sich das Medizinalkollegium an. In der mündlichen Verhandlung wurde jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass zur Unterscheidung von Gebärmutter und Placenta ein sicheres Tastgefühl nötig sei, das nur durch Übung könne gewonnen werden. Ein Mangel an Sorgfalt könne dem Angeklagten nicht vorgeworfen werden, sondern nur ein Irrtum, und dieser beruhe auf Mangel an Übung. War sich der Angeklagte dieses Mangels bewusst, so musste er einen zweiten Arzt zuziehen, andernfalls war dies nicht nötig. Schliesslich wurde ein Superarbitrium der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen eingeholt über folgende Punkte:

I. „Hat Dr. F. bei der geleisteten Geburtshilfe diejenige Aufmerksamkeit, zu welcher er vermöge seines Berufes als Arzt (Geburtshelfer) besonders verpflichtet war, aus den Augen gesetzt?

II. Ist namentlich das Herausreissen der Gebärmutter und die Zerreissung der Harnblase — die Ursache des Verblutungstodes — durch ein solches Ausseraugensetzen der ad I bezeichneten Aufmerksamkeit herbeigeführt worden?“

Dieses Superarbitrium wurde abgegeben, wie folgt:

„1. Frau B. ist an Verblutung gestorben.
2. Ursache der Verblutung war die Herausreissung der Gebärmutter aus dem Körper.
3. Der Angeklagte hat in grober, unentschuldbarer Unwissenheit und Unkenntnis der Dinge gehandelt.
4. Er hat bei seiner Handlungsweise, speziell beim Herausreissen der Gebärmutter und beim Zerreissen der Harnblase, diejenige Aufmerksamkeit, zu welcher er vermöge seines Berufes als Arzt (Geburtshelfer) verpflichtet war, ausser Augen gesetzt.“

Dieses Gutachten wurde hauptsächlich damit begründet, dass „das gesamte Verhalten des Angeklagten keinen Zweifel darüber lässt, dass derselbe im Fache der Geburtshilfe weder die absolut notwendigen Kenntnisse hatte, noch irgend welche Übung und Erfahrung in der geburtshilflich-operativen Thätigkeit“. Dass die Plazentarlösung unter Umständen eine „recht schwierige Operation“ sein kann, wird zugegeben, komme aber hier gar nicht in Betracht, da der Angeklagte nicht einmal den Weg in die Gebärmutter gefunden habe. Bei seiner offenbar bestehenden Unsicherheit hätte er, namentlich da keine Blutung bestand, ruhig einen andern Arzt zu Hilfe sollen rufen lassen.

22. Medical Times and Gazette Dezember 1868, pag. 728 (ref. bei Walters [cf. 20]). Nach Zangengeburt (genauere Daten fehlen leider) wurde angeblich ohne besondere Kraft an der Nabelschnur gezogen, und es trat sofort der nicht invertierte Uterus mit noch haftender Placenta, einem Ovarium und einem Stück der Vagina heraus. Die Frau war sofort tot. Der Fall kam vor Gericht. Doch nahmen Barnes und Braxton Hicks an, es sei keine Gewalt angewendet worden, sondern die Zerreissung müsse

grösstenteils schon vorher erfolgt sein; denn ein normaler Uterus könne auf diese Weise überhaupt nicht entfernt werden.

23. Prov. med. and surg. Journ. 1845, pag. 12 (ref. bei Walters [cf. 20] und bei Schwarz [cf. 19]). Der englische Geburtshelfer Gaches riss einer IX para, die mit der Nachgeburt immer Schwierigkeiten gehabt hatte, bei der Lösung der Placenta ausser einem beträchtlichen Teil des Dickdarmes den ganzen puerperalen Uterus mit Adnexen in rohester Weise heraus. Die Frau verschied nach $^1/_2$ Stunde.

24. B. Breslau: De totius uteri exstirpatione. Dissert. Monachii 1852 (ref. bei Schwarz 9). Nach mehreren vergeblichen Lösungsversuchen liess die Hebamme den Bader holen. Dieser beförderte angeblich ohne besondere Gewalt den Uterus heraus und überliess in seiner Angst die Frau ihrem Schicksal. Einige Zeit bestand hohes Fieber und übelriechender Ausfluss. Nach 15 Tagen konnte die Frau als gerettet betrachtet werden. Nach $^1/_2$ Jahr bestand noch eine Kotfistel im Scheidengewölbe, die sich aber später spontan schloss.

„Der Bader wurde mit einigen Monaten Gefängnis und Suspension vom Amte bestraft, die Hebamme, welche ihm jedenfalls sehr tüchtig vorgearbeitet hatte, ging ohne Strafe aus."

25. Römer: Ausreissung einer umgestülpten Gebärmutter in der Nachgeburtszeit. Arch. f. Gyn. 1885, XXVI. 25jährige Ipara. Kurz nach der normalen Geburt eines kräftigen Kindes „will die Hebamme zwischen den Schenkeln der Frau eine Geschwulst bemerkt haben, deren Bedeutung sie nicht erkannte." Zug an der Nabelschnur oder starker Druck auf den Fundus wird geleugnet. Der nach $^1/_2$ Stunde erschienene Arzt fand die Patientin kollabiert, ausgeblutet. Ohne den Stand des Fundus zu kontrollieren, riss er sofort „unter unsäglichem Geschrei der Gebärenden an der vorliegenden „Geschwulst" samt Fruchtkuchen so lange, bis er nach etwa 10 Minuten langer Thätigkeit Geschwulst und Fruchtkuchen ganz entfernt zu haben glaubte. Unmittelbar hernach fielen Darmschlingen vor." Diese wurden in die Scheide zurückgeschoben. Der Arzt entfernte sich sodann, nachdem er noch den Angehörigen die Mitteilung gemacht hatte, die Wöchnerin werde höchstens noch einige Stunden leben. „Das Präparat schickte er Herrn Dr. Fehling nebst einem Brief des Inhalts, dass er eben ein mit der Gebärmutter und dem Fruchtkuchen verwachsenes Fibroid entfernt habe und das Präparat der Seltenheit wegen der Sammlung der königl. Landeshebammenschule schenken wolle."

Die Geschwulst bestand aus Gebärmutter mit beiden Eileitern und dem linken Eierstock.

Der Tod trat erst am 11. Tage ein. Die Behandlung hatte in Karbolspülungen und Tamponade bestanden. Urin und Stuhl waren öfters spontan entleert worden. Wenig Erbrechen. Puls stets hoch. Am Tage nach der Entbindung fand Dr. Fehling den Darm vorgefallen, leicht reponierbar, im Scheidengewölbe klaffende, für 4 Finger durchgängige Öffnung.

Die Sektion zeigte, dass die Abreissung in der Cervix stattgefunden hatte. Der Darm war auf 70 cm nekrotisch, vom Mesenterium losgerissen.

26. Gruner: Fahrlässige Körperverletzung. Entfernung der Gebärmutter anstatt der Nachgeburt durch einen Arzt. Vierteljahrsschrift für ger.

Med., 1901, Heft 1 (ref. in Ärztl. Sachverständig. Zeitg. 1901, No. 13). Zu einer Mehrgebärenden wurde ein Arzt gerufen. Derselbe erschien den Angehörigen etwas angetrunken. Die Hebamme erachtet keinen Eingriff für nötig. Der Arzt macht mehrere Zangenversuche, ebenso Wendungsversuche, perforiert zweimal und befördert schliesslich durch Wendung ein Kind zu Tage. Wegen Blutung und Misslingen von Expressionsversuchen will er die Placenta manuell lösen. Unter den grössten Schmerzen der Frau arbeitet er lange in ihr herum und zieht schliesslich die Gebärmutter heraus. Nach $^1/_2$ Stunde Exitus.

„Die Sektion ergab Zerreissung des Scheidenvorhofs und Dammes bis zum After, Zerreissung des Bauchfells und Fehlen der Gebärmutter, Verlagerung des Fruchtkuchens in die Bauchhöhle."

„Das Medizinalkollegium nahm an, dass schon der Scheidenriss, den der Angeklagte nicht schuldhaft verursacht zu haben brauchte, den Tod durch Verblutung herbeiführen konnte, dass der Arzt aber durch die ungeeignete Verwendung der Zange und durch die Entfernung der Gebärmutter gegen die Regeln der ärztlichen Kunst gehandelt habe. Der Staatsanwalt liess die Anklage auf fahrlässige Tötung fallen, und der Angeklagte wurde nur wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt."

27. Bernhardt: Lucina, v. Siebold, Bd. I, pag. 401, und Wrisberg: Comment. de uteri resectione etc., Göttingen 1787 (ref. bei Schwarz 19): „In zwei Fällen hatten die Hebammen beim Versuch, die Nachgeburt zu lösen, die Gebärmutter invertiert, ganz aus der Scheide hervorgezogen und dann unmittelbar vor der Vulva mit der Schere abgeschnitten. In beiden Fällen kamen die Frauen wunderbarerweise mit dem Leben davon." (Der Wrisbergische Fall ist ausführlicher wiedergegeben von M. Freund im Centralblatt f. Gyn. 1887, pag. 17.)

28. Boston Med. and Surg. Journ., Vol. CXLI, pag. 88 (ref. in Frommels Jahresbericht 1899). „Goffe erwähnt einen Fall von Ausreissung des Uterus aus der Scheide, weil derselbe für die Placenta gehalten worden war."

29. Unskilful and horrible treatement by a midwife: Lancet, Vol. I, pag. 144 (ref. in Frommels Jahresbericht 1897). Inversion durch Zug an der Nabelschnur, dann Ausreissen des Uterus, den die Hebamme für Placenta hielt. Ausgang in Tod.

Die Hebamme wurde wegen Tötung zu 5 Jahren Haft verurteilt (in Australien).

30. Derartige Fälle von Ausreissen des invertierten Uterus zitiert Walters (cf. 20) noch weitere 13 (worunter Fall 7) nach einem Werk über Uterusinversion von Denucé (Bordeaux 1883). In sämtlichen Fällen trat der Tod ein. Einmal erfolgte die Ausreissung erst 50 Stunden post part.: Es fehlte bei der Sektion Uterus, rechtes Ovarium und rechte Tube, ein Teil der Vagina, ein Teil der linken Tube, der grösste Teil des Rektums, Coecum samt Appendix, Colon ascendens, rechte Hälfte des Colon transversum, das ganze Ileum, der untere Teil des Jejunum nebst einem Teil des Mesenterium und dem grössten Teil des Omentum majus, das von der grossen Kurvatur abgerissen war; auch das zurückgebliebene Stück Querkolon und viel Jejunum war vom Mesenterium getrennt.

31. In 4 andern Fällen, die Walters nach verschiedenen Autoren zitiert, erfolgte ebenfalls Exitus.

32. Cane: British Med. Journ. 1883, (ebenfalls bei Walters referiert). Interessant ist in diesem Fall die Bemerkung, dass trotz unzweifelhaften Ausreissens des invertierten Uterus die Ränder des Risses im Vaginalgewölbe wie geschnitten aussahen.

33. In 10 weiteren von Walters angeführten Fällen trat Genesung ein (9 davon aus dem Werk von Denucé, 1 aus Medic. Journ. of Bavaria 1851).

Unter allen diesen Fällen von Uterusausreissung sind gewiss mehrere, die, wie die folgenden, nicht absolut mit dem Versuch einer Placentarlösung zusammengebracht werden dürfen.

34. Ein Fall von Herausreissen der Gebärmutter aus dem Schoss einer Neuentbundenen (Gutachten). Vierteljahrsschrift f. ger. Med. 1865, III, pag. 47. 39 jährige IX para. Ausser vorzeitigem Blasensprung normale Geburt. Um dieselbe zu beschleunigen, hatte die Hebamme ein halbes Wehenpulver gegeben. 10 min. p. part. Entfernung der Nachgeburt durch Zug an der Nabelschnur. Sehr kräftige Nachwehen. Nach einer Stunde fühlte die Wöchnerin aus ihrem Schoss noch etwas herauskommen. Bei der Untersuchung fand die Hebamme eine fleischige Masse in der Vagina. Der herbeigerufene Wundarzt fand die Pat. angeblich kalt, blass und fast pulslos, die Masse lag vor der Vulva. Da er glaubte, es sei ein Gewächs oder eine Fleischmole, so ging er mit der Hand ein und entfernte nach 20 Min. Arbeit den ganzen Klumpen unter heftigem Schreien und Klagen der Frau. Gleich darauf trat eine Darmschlinge vor, und nach kurzer Zeit war die Frau tot.

Die Sektion ergab ausser dem Fehlen der Genitalien: kompleten Dammriss, Gekröse vom Ileum faustgross abgetrennt, Öffnung an der Hinterfläche der Blase.

Das Obergutachten erkannte, dass der Wundarzt diejenige Aufmerksamkeit und Vorsicht, zu der er vermöge seines Berufs verpflichtet war, aus dem Auge gesetzt habe, nahm spontane Entstehung der Ruptur des Scheidengewölbes an, die genügt hätte, um den Tod herbeizuführen, der Eintritt des Todes sei aber durch das Verfahren beschleunigt worden. Die Entstehung der Ruptur wird so erklärt, dass der retroflektierte Uterus durch die verdünnte hintere Scheidenwand durchgetreten sei (ein ähnlicher Fall wird aus der Litteratur angeführt). Walters meint, es sei offenbar Inversion vorausgegangen, jedoch ist ausdrücklich bemerkt, dass das Präparat des Uterus keine Inversion zeigte, ausserdem auf der Aussenseite (hinten) Spuren von Verletzungen aufwies.

35. Dem vorigen Fall sehr ähnlich und unter demselben Titel publiziert von Stricker. Vierteljschr. f. ger. Med., 1880, XXXIII. Bei einer Xpara hatte die Hebamme die Wendung gemacht wegen Querlage. Am folgenden Tage wurden wegen des elenden Zustandes der Frau 2 Ärzte gerufen. Diese verschrieben Arzneien, ohne irgendwie zu untersuchen. Darauf legte die Hebamme selbst Hand an und wühlte mit der Hand etwa 15 Min. im Leibe der Frau herum. Schliesslich entfernte sie einen Gegenstand, den sie als „Mondkalb" bezeichnete. Kurz darauf Exitus.

Das „Mondkalb", das die Hebamme im Garten vergraben hatte, wurde bald darauf ausgegraben und erwies sich als Uterus.

Das Gutachten nahm an, dass die Ruptur bei der unberechtigterweise vorgenommenen Wendung entstanden sei, und sprach sich dahin aus, dass die Ruptur an sich als lebensgefährliche Verletzung zu betrachten sei, dass ferner aber der Tod durch das Herausreissen der Gebärmutter und des Netzes beschleunigt worden sei.

Eine weitere Ausreissung des ganzen Uterus, die, streng genommen, da sie nicht auf die Nachgeburtszeit fällt, nicht hierher gehört, führe ich nur ihrer Eigenartigkeit wegen an, und weil sie sich wahrscheinlich auch unter den Fällen von Walters befindet. Nieprasch: Eine Entbindung mit Verlust des Uterus, Berliner klin. Wochenschrift 1880, No. 27. Fussgeburt bei einer Mehrgebärenden. Beim Versuch, die Arme zu lösen, drang die Hebamme durch das Scheidengewölbe ein und löste den Uterus von seiner Umgebung los. Der hinzugerufene Arzt fand zwischen den Beinen der Frau Uterus, Kopf und Placenta, sowie ein Paket Därme neben einander liegend. Er vollendete die Extraktion des Kindes und trennte am folgenden Tage den schon übelriechenden Uterus noch gar ab und reponierte den Darm. Genesung!

Zum Schluss noch folgende Fälle, über die ich nur kurze Notizen habe finden können.

36. Rishmiller: Vesico-vaginal fistula etc. Amer. Gyn. and Obstetr. Journ. V, pag. 251 (ref. in Frommels Jahresberichte 1894). Nach spontaner Geburt hielt der Arzt eine in die Vulva ragende, „ödematös" vorstehende Masse für die Placenta, fasste sie und riss sie aus. Es handelte sich aber um die invertierte vordere Scheiden- und hintere Blasenwand. Ausgedehnte Blasen-Scheidenfistel mit Verlust des Blasengrundes und Blosslegung beider Ureterenmündungen.

37. Rosenthal (ref. in Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., III, pag. 150). Dünndarmfistel post partum. Ätiologie wahrscheinlich die manuelle Placentarlösung mit Verletzung der Uteruswand. Am 15. Tage p. part. Kotabgang aus dem Uterus.

38. Hohl (Lehrbuch der Geburtshilfe) citiert den Fall 23 und sagt, ein ähnlicher Fall sei auch ihm bekannt geworden.

Diese Zusammenstellung von ca. 50 Fällen könnte gewiss in erschreckender Weise vergrössert werden, wenn in früheren Zeiten soviel publiziert worden wäre, wie heutzutage, und wenn nicht noch heute aus leicht ersichtlichen Gründen viele derartige Fälle nicht an die Öffentlichkeit kämen.

Es ist nun die Frage zu beantworten, nach welchen Gesichtspunkten derartige Fälle vor Gericht zu begutachten und zu beurteilen sind.

Man gestatte mir vorerst einige allgemeine Bemerkungen.

Es ist von jeher viel über die Verantwortlichkeit der Ärzte geschrieben und schon nach den allerverschiedensten Grund-

sätzen gehandelt worden. In Egypten wurde jede von den Regeln abweichende Handlung ohne Rücksicht auf den Erfolg mit dem Tode bestraft, während in Rom der Arzt durchaus keine Verantwortung hatte, bei den Westgothen wurde ein Arzt, der nach Aderlass einen Patienten verloren hatte, den Verwandten ausgeliefert, „ut quod de eo facere voluerint, habeant potestatem", während das Pariser Parlament 1696 den beachtenswerten Entscheid fasste, dass Chirurgen keine Verantwortung zu tragen haben, solange nur Unwissenheit und Unerfahrenheit vorliege, „quia aegrotus debet sibi imputare cur talem elegerit".[4])

Aber auch heutzutage sind die Anschauungen noch sehr weit auseinandergehend, doch wird man sich im allgemeinen mit Buchner-Hecker[5]) einverstanden erklären können, wenn er sagt: „Die Verantwortlichkeit der Ärzte für ihr Thun und Lassen muss anerkannt werden, insofern darin ein Schutz der Gesellschaft gegen die Tollkühnheit und die Nachlässigkeit der Ärzte liegt. Sie darf aber nicht zu weit ausgedehnt werden, weil sonst die Thätigkeit des Arztes gelähmt, derselbe zu ängstlich und in der Wahl der zum Heile des Kranken führenden Mittel beirrt werden könnte. Immer muss festgehalten werden, dass der Arzt bei seiner Thätigkeit das Beste des Kranken beabsichtigt. Entspricht der Erfolg dieser Absicht nicht, so kann der Grund darin liegen, dass ein günstiger Erfolg überhaupt nicht im Bereich der Möglichkeit lag, oder dass der Arzt einen Irrtum beging, der den günstigen Erfolg hinderte. Irren aber ist menschlich und nur unter sehr beschränkten Voraussetzungen strafbar."

Damit überhaupt ein Arzt vor Gericht gezogen werde, ist vor allem nötig, dass sein Vorgehen dem Patienten Schaden zugefügt hat, ein „medizinischer Kunstfehler an sich" — ein Begriff, der, wie schon unzählige Male betont wurde, gar nicht definiert werden kann — führt niemals zum Konflikt mit dem Strafrecht. Das Gesetz kennt überhaupt keinen Kunstfehler, sondern bloss Fahrlässigkeit. Diese kann zur Stillstehung im Beruf führen:

(§ 3 des Gesetzes betreffend Ausübung des Berufs der Medizinalpersonen im Kanton Basel-Stadt 1879:) — Eine Medizinalperson kann durch Beschluss der Sanitätskommission in ihrem Berufe zeitweilig oder gänzlich stillgestellt werden: 3. wenn sie sich in ihrem Berufe grobe Fahrlässigkeit zu Schulden kommen lässt. Gänzliche Stillstellung von Ärzten, Tierärzten, Apothekern und Zahnärzten unterliegt der Bestätigung des Regierungsrats, welcher den Betreffenden vorher anzuhören hat.

Für Hebammen ist dieselbe Strafe auf Pflichtverletzung festgesetzt:

(§ 13 der Hebammenordnung f. d. Kanton Basel-Stadt 1869.) — Klagen die von Behörden, Ärzten oder Privaten gegen die Amtsverrichtung einer Hebamme erhoben werden, sind genau zu untersuchen; die fehlbaren sind zu warnen und im Fall grober oder wiederholter Pflichtverletzung mit Entzug des Patents zu strafen. Gröbere Vergehen oder Verbrechen sind überdies der Polizeidirektion anzuzeigen.

Strafrechtliche Verfolgung wegen Fahrlässigkeit tritt nur ein, wenn sie Körperverletzung, Gesundheitsschädigung oder Tod zur Folge hat:

(Strafgesetz f. d. Kanton Basel-Stadt 1872. § 107.) Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis oder Geldbusse bestraft. § 115. Wer durch Fahrlässigkeit einen anderen körperlich verletzt oder an seiner Gesundheit beschädigt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr oder Geldbusse bestraft. Die Strafverfolgung findet nur auf Antrag statt.

Im deutschen Strafgesetzbuch besteht ausserdem noch die Bestimmung, dass bei Tod infolge von Fahrlässigkeit der Thäter, wenn er „zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war," strenger bestraft wird (§ 222), sowie dass die Verfolgung auch bei blosser durch Fahrlässigkeit verursachter Körperverletzung von Amtswegen eintritt, „insofern die Körperverletzung mit Übertretung einer Amts-, Berufs- oder Gewerbepflicht begangen worden ist (§ 232). Derselbe Zusatz ist auch im neuen schweizerischen Strafgesetzentwurf vorgesehen.

Da somit jeder Körperverletzung, Gesundheitsschädigung oder Tötung, wenn sie bestraft werden soll, Fahrlässigkeit zu grunde liegen muss (Vorsatz ist hier, wo es sich um Kunstfehler handelt, selbstverständlich auszuschliessen), ist vorerst nötig, den Begriff der Fahrlässigkeit genau zu kennen. v. Liszt[6]) definiert ihn folgendermassen:

„Fahrlässigkeit ist die pflichtwidrige Nichtvoraussicht des durch die Willensbethätigung bewirkten oder nicht gehinderten Erfolges."

Er sagt ferner: „Zum Begriff der Fahrlässigkeit gehört mithin ein doppeltes: I. Mangel an Vorsicht bei der Willensbethätigung." Es liegt also eine „Nichterfüllung des Sollens",

eine „Willensschuld“ vor. II. „Mangel an Voraussicht“. „Bei der Beurteilung dieser Frage sind die geistigen Fähigkeiten des Handelnden überhaupt und im Augenblick des Handelns (Aufgeregtheit, Angetrunkenheit) , ist sein grösserer oder geringerer Scharfblick zu grunde zu legen.“ „Das geistige Können des einzelnen Thäters steht in Frage.“ Es liegt eine „Verstandesschuld“ vor.

Diese Definitionen können ohne weiteres auf die ärztlichen Kunstfehler angewendet werden, (nur ist zu bemerken, dass Betrunkenheit bei Verrichtungen, „welche zur Verhütung von Gefahr für Leben und Gesundheit Dritter besondere Vorsicht erfordern“, schon an sich bestraft wird [§ 90 des Baseler Polizeistrafgesetzes 1872]). So bezeichnet auch Berner[4]) direkt das kunst-, widrige Verfahren des Arztes als Unfleiss oder Unkunst, also ganz der Willensschuld und der Verstandesschuld entsprechend.

„Unfleiss“, sagt er, „heisst die schuldhaft unterlassene Anwendung von Kenntnissen oder Geschicklichkeiten, in deren Besitz man sich befindet. Eine durch Unfleiss herbeigeführte Körperverletzung verfällt unzweifelhaft der Strafe fahrlässiger Körperverletzung.“

„Unkunst“ besteht entweder in Unwissenheit (bes. bei inneren Heilungen) oder in Unfertigkeit (bes. bei Operationen). Hauptsächlich wo ein Nachteil für den Körper durch Unkunst herbeigeführt worden ist, pflegt man von Kunstfehlern zu reden. Diese sind, da jedermann die gemeinen Kenntnisse und Fertigkeiten seines Faches sich anzueignen verpflichtet ist, wenigstens in den Fällen strafbar, wo die Anwendung der gemeinen Kenntnisse und Fertigkeiten schon ausgereicht hätte, um die Schädigung zu vermeiden. Aus der einem Arzt erteilten Approbation fliesst für denselben nicht das Recht, die nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten in jedem einzelnen Fall, der in seinem Berufskreis liegt, bei sich zu präsumieren und daher allemal ohne besondere Vorbereitung und ohne Mitwirkung anderer Kunstverständiger ans Werk zu gehen, vielmehr hat sich auch der Approbierte in allen einzelnen Fällen noch selbst darauf zu prüfen, ob er die gerade hier erforderlichen Kenntnisse und Geschicklichkeiten besitze. Hat er diese Pflicht verabsäumt, so verfällt auch die durch Unkunst herbeigeführte Körperverletzung der Strafe fahrlässiger Körperverletzung. Durch die Notwendigkeit

schneller Entschliessung kann indess ein sonst schuldhafter Fehlgriff entschuldigt werden."

Damit sind freilich die Schwierigkeiten in der Beurteilung noch lange nicht erschöpft, namentlich wird sich keine Grenze aufstellen lassen, bis zu der die gemeinen Kenntnisse und Fertigkeiten reichen müssen, und ferner wird es, wie Kühner[4]) bemerkt, „in allen einzelnen Fällen nicht nur für den Arzt ungemein schwer sein, sich selbst darauf zu prüfen, ob er die gerade hier erforderlichen Kenntnisse und Geschicklichkeiten besitze, sondern noch weit schwerer für den Richter zu entscheiden, ob wirklich der Arzt sich dieserhalb geprüft hat!"

Im gegebenen Falle ist also erste und unerlässliche Bedingung für eine allfällige Schuldigerklärung, dass der kausale Zusammenhang zwischen dem Vorgehen des Arztes und der Schädigung des Patienten nachweisbar ist; dabei ist es ganz gleichgiltig, ob der Fehler in der Ausübung oder in der Unterlassung eines Eingriffes bestand. Für den Nachweis des Zusammenhangs genügt es, dass „1. der Sachverständige bekundet, dass ohne jene Vernachlässigung der Tod sicherlich nicht binnen derselben Zeit eingetreten wäre, oder dass 2. der Sachverständige bekundet, dass der Tod mit ausserordentlich hoher Wahrscheinlichkeit ohne die bewiesene Vernachlässigung gar nicht oder doch in ganz anderer Weise, namentlich binnen ganz anderer Zeit eingetreten wäre" (Fritsch[7]). Auch das Reichsgericht (in seinem Urteil vom 12. I. 1894) begnügt sich mit der Wahrscheinlichkeit, „da für die Beantwortung solcher hypothetischer Fragen eine absolute Gewissheit niemals und nirgends existiert."[8])

Ist der Zusammenhang nachgewiesen, dann ist weiter die Frage zu beantworten, ob Fahrlässigkeit vorliege. Dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen.

Auf einen strengen Standpunkt darf man sich ohne weiteres stellen, wenn irgendwie Unfleiss nachgewiesen werden kann. Der Patient hat das Recht von dem Arzt, dem er sich anvertraut hat, zu verlangen, dass dieser alle ihm zu Gebote stehenden Kenntnisse und Fertigkeiten zu seinem Wohle anwende.

Allein auch ein gewisses Mindestmass von solchen Kenntnissen und Fertigkeiten muss unbedingt verlangt werden. Wo das Fehlen eines solchen zu erkennen ist, ist sogar schon alles Ernstes der Vorschlag gemacht worden, für die unheilvollen Folgen die Behörden, die die Approbation erteilt

haben, verantwortlich zu machen[9]). So wenig auch seine Grenze im allgemeinen sich definieren lässt, im einzelnen Falle ist sie doch viel leichter zu erkennen. Legt z. B. ein Arzt bei noch kaum eröffnetem Muttermund die Zange an, oder erkennt er vorgefallene Därme nicht als solche und schneidet sie ab, so ist das verschuldete, strafbare Unwissenheit.

Aber selbst wenn der Zusammenhang klar vorliegt, ja sogar wenn die Verletzung bei dem zu verlangenden Mindestmass von Kenntnissen und Fertigkeiten nicht hätte zustande kommen können, bleibt immer noch die Möglichkeit, dass der Fall milde Beurteilung verdient. Es ist nämlich wohl denkbar, dass der Arzt, obgleich er genügende Kenntnisse und Fertigkeiten besitzt, im gegebenen Moment sich in einer Lage befindet, welche ihm die freie Benutzung derselben nicht gestattet. Diese Notlage kann bedingt sein u. a. durch Ermüdung, Krankheit, durch die Aufregung, die ihm ein ganz ungewöhnlicher Fall bereitet, er kann durch die Notwendigkeit einer schnellen Entschliessung (Hannoversches St.-G.-B.)[5]) zu einem Fehlgriff verleitet werden u. s. w.

Endlich ist noch die Frage zu entscheiden, ob der Eingriff, der die Verletzung oder den Tod herbeigeführt hat, indiziert war oder nicht. „War es indiziert zu operieren, war der Arzt berechtigt oder gezwungen, einzugreifen, so ist der unglückliche Ausgang nicht auf die Operation zu schieben, sondern auf die Umstände, welche die Operation erheischten. Ganz im allgemeinen wird einem Arzte weder wissenschaftlich noch moralisch aus dem schlechten Erfolge einer nötigen Operation ein Vorwurf entstehen. Ja, würde dies geschehen, so würde die Folge sein, dass mancher überängstliche und vorsichtige Arzt sich mehr leiten liesse von der Furcht vor den gerichtlichen Folgen, als von seinem ärztlichen Gewissen. Dies aber gebietet uns, keinen Versuch der Rettung eines Menschenlebens zu unterlassen. Wird also die Frage, ob der Eingriff des Arztes gerechtfertigt war, bejaht, so kann er für den traurigen Ausgang nicht zur Verantwortung gezogen werden.“ (Fritsch[10].)

Die Stellung der Hebamme ist natürlich eine ganz andere. Sie hat in ihrem Lehrbuch ihre bestimmten Regeln, nach denen sie handeln muss. „Freilich ist sie in einer schlimmen Lage. Ruft sie den Arzt nicht und greift sie ein, so

handelt sie ebenso gegen ihre Instruktion, als wenn sie bei dringender Lebensgefahr nicht eingreift. Die dringende Lebensgefahr ist aber nicht so leicht zu erkennen, dass diese schnelle Erkenntnis von jeder Hebamme zu verlangen wäre." (Fritsch[7].) Speziell in der Nachgeburtsperiode muss die Hebamme den Arzt rufen lassen bei jeder Verzögerung, namentlich aber bei Blutung; indessen besteht andererseits die Vorschrift, dass sie „die Gebärmutterhöhle ausleeren muss, wenn die Blutung derart ist, dass die Hebamme den Arzt nicht abwarten kann."

Der begutachtende ärztliche Sachverständige — vielfach wird auch verlangt, dass in derartigen Fällen das Gutachten nicht von einem einzelnen Arzt, sondern immer von einem Kollegium abgefasst werde[11]) — hat indessen gar nicht zu entscheiden, ob Fahrlässigkeit vorliegt, da der Begriff der Fahrlässigkeit ein rein juristischer ist, er hat bloss die Fragen zu beantworten, die ihm vom Gericht vorgelegt werden. Dieselben werden sehr verschieden gestellt, müssen auch je nach dem Fall verschieden sein, sie sollen aber in erster Linie die erwähnten Punkte betreffen.

Da bei den Gutachten oft kleine Nebenumstände, die nur bei eingehender Kenntnis des Falles genügend gewürdigt werden können, von grösster Bedeutung sind, so ist es meist nicht möglich, sich ein Urteil über dieselben zu erlauben. Trotzdem giebt es leider genug Gutachten, mit denen man sich, wenn man die angeführten Grundsätze als richtig anerkennt, unmöglich kann einverstanden erklären. Dahin gehören unter den schon zitierten das von Fall 5, das auch von Schlecht als verkehrt bezeichnet wurde. In erster Linie hätte die Hebamme, bevor sie zur Lösung der Nachgeburt schritt, die ihr ja im Notfall gestattet war, einen Arzt müssen rufen lassen. Ob sie das gethan hat, ist aus dem kurzen Referat nicht ersichtlich, scheint aber nicht der Fall gewesen zu sein. Dann durfte sie die Verblutende nicht verlassen. Namentlich ist aber die Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen der Operation und dem Tod der Frau nicht genügend erwogen worden.

Ferner gehört hierher das von Fuld[1]) als Beispiel eines verkehrten Gutachtens angeführte von Fall 13. Trotz der Seltenheit und Schwere des Falles und der angesichts desselben begreiflichen Verwirrung kann das Ausreissen von 5 m Darm unmöglich entschuldigt werden. Allerdings wäre hier ein anderer

mildernder Umstand vorhanden gewesen, indem der Arzt schon damals an Paralyse litt.

Auch den Fall 26 muss ich hierher rechnen. Angenommen, der Scheidenriss könne nach all den Zangenversuchen, Wendungsversuchen und Perforationen dem Arzt nicht als Schuld zuerkannt werden, so hat er doch gewiss durch das Herausreissen des Uterus, das ihm der Beschreibung nach viel Mühe machte, fahrlässig gehandelt. Und wenn man zugiebt, dass der Scheidenriss allein schon den Verblutungstod herbeiführen konnte, so ist der Tod eben doch, wie bei Fall 32 und 33, durch die fahrlässige Handlung des Geburtshelfers beschleunigt worden.

Einen Fall, dessen Begutachtung Widerspruch erregen muss, führt auch Fritsch[7]) an. Ein Arzt wurde freigesprochen, der durch einen Scheidenriss mit der Hand in die Bauchhöhle eindrang, den Darm herausholte und 170 cm davon abschnitt, weil der Verteidiger die Richter überzeugen konnte, „dass der Tod schon vor den Folgen jener Verletzung durch Verblutung ex atonia uteri eingetreten war," und die an sich allerdings fahrlässige Handlung, weil ohne schädlichen Folgen für die Verletzte, nicht strafbar sei. Auch hier ist gegen diese Argumentation derselbe Einwurf zu machen wie beim vorigen Fall, der Eingriff hat den drohenden Tod unzweifelhaft beschleunigt. Und selbst wenn man das nicht zugeben wollte, so liegt doch gewiss ein Unterlassungsfehler vor. Wenn ein Arzt eine Atonia uteri nicht anders zu behandeln weiss, als indem er 170 cm Darm wegschneidet, so ist das fahrlässige Unterlassung eines notwendigen Eingriffs, die eben direkt den Tod zur Folge hatte.

Ähnliche Fälle liessen sich noch viele anführen, doch mögen diese genügen, und ich will nur zum Schluss noch einen Fall von zu strenger Beurteilung erwähnen. Hofmeier[12]) sagt in einem Aufsatz „Über die Behandlung der Nachgeburtsperiode: „Ein Arzt, der vor einer geburtshilflichen Operation, besonders vor einer manuellen Nachgeburtsoperation, es unterlässt, die äusseren Geschlechtsteile und die Scheide gründlich zu desinfizieren, macht sich eines Vergehens im Sinne des § 222 des Strafgesetzbuches schuldig" (also der fahrlässigen Tötung). Er giebt selber zu, dass an andern Kliniken jede Scheidendesinfektion nicht nur als unnütz, sondern sogar

als schädlich verworfen werde. Es ist klar, dass es absolut unzulässig ist, in solcher Weise die Ärzte durch Kunstregeln, die zudem nicht einmal allgemein anerkannt werden, zu binden, und der betreffende Artikel hat denn auch sofort energische Proteste wegen der verlangten Scheidendesinfektion zur Folge gehabt.

Betrachten wir nun nochmals im Hinblick auf alles Gesagte die in dieser Arbeit zusammengestellten Verletzungen!

Wie schon eingangs bemerkt, werden sie von der Mehrzahl der Autoren ganz unbedingt als unentschuldbare, mit aller Strenge zu bestrafende Kunstfehler erklärt. Jedoch ist auffallend, dass das Urteil milder wird gerade bei denen, welche sich am eingehendsten damit beschäftigt haben, so dass Walters[13]), der 36 Fälle von Uterusausreissungen veröffentlicht hat, zum Geständnis kommt, er sei froh, dass von ihm kein Gutachten verlangt worden sei über den Fall, den er selber behandelt hatte, denn sein Urteil hätte damals viel strenger gelautet als später, nachdem er erfahren habe, dass „dieses Unglück dem erfahrensten und geschicktesten Arzt zustossen könne".

Gewiss ist eine ganze Reihe von Fällen rundweg als grobe Fahrlässigkeit zu bezeichnen. Hierher zähle ich namentlich alle die, wo Darm vom Mesenterium losgerissen und, häufig sogar wenn er schon vor der Vulva lag, nicht erkannt und abgeschnitten wurde. Eine Verwechslung des Darmes mit Placenta oder Nabelschnur ist, wenn er vor Augen liegt, ganz undenkbar, wenn er bloss mit dem Finger gefühlt wird, kaum möglich. Freilich lassen sich auch zu Gunsten solcher Verwechslungen Präcedenzfälle anführen. Toulmouche[14]) gab in einem Gutachten sogar die Möglichkeit der Verwechslung eines Kindskopfes mit einem Konvolut in einem Scheidenriss eingeklemmter Därme zu und das Gericht kam in jenem Falle auf die übereinstimmenden Aussagen von 4 Sachverständigen zum Schluss, „dass ein Geburtshelfer ohne Unvorsichtigkeit, Ungeschicklichkeit oder Nachlässigkeit, erschöpft durch moralische und physische Anstrengungen, wie sie eine ungewöhnlich lange und mühevolle Entbindung erzeugen muss, wohl ein Konvolut zusammengezogener Gedärme, welches gewissermassen die Form eines Kindskopfes nachahmt, habe herausreissen können." Toulmouche bemerkt dabei: „Man wird den Irrtum leicht begreifen,

wenn man bedenkt, wie gern der Mensch sich dessen überredet, was er wünscht."

Auch in den Fällen von Ausreissung des ganzen Uterus ist man geneigt, unbedingt Fahrlässigkeit anzunehmen. Allein es scheint wirklich derartige Fälle zu geben, bei denen die Ausreissung ohne irgendwelche Gewaltanwendung erfolgt ist. Hierher gehört der von Barnes und Braxton Hicks begutachtete Fall 22. Auch in dem von Schwarz[15]) beschriebenen Fall von ca. 15 cm langem Horizontalriss in der Höhe der Cervix, der durch blosses forciertes Aufwärtsdrängen des puerpuralen Uterus, den die Hebamme überwachen sollte, entstanden war, wäre zur Ausreissung des Organs gewiss nicht viel Gewalt nötig gewesen. Walters[13]) kommt auf Grund solcher Erfahrungen zum Schluss, dass es in Fällen von Ausreissung des nicht invertierten puerperalen Uterus beinahe unmöglich ist zu behaupten, dass die Trennung nicht durch spontane Zerreissung während der Geburt verursacht oder begünstigt worden sei, und er setzt hinzu: „Wir sollen in derartigen Fällen mit unserm Urteil sehr vorsichtig sein." Die Möglichkeit von Prädispositionen kann nicht geleugnet werden, obgleich man Fritsch[10]) beistimmen muss, dass die Unsicherheit in der Beurteilung dadurch gar keine Grenze mehr hat; „denn wird es immer möglich sein, die anatomische Disposition zu beweisen, und wird es möglich sein, das Gegenteil zu beweisen?"

Die Ausreissung des invertierten Uterus hat dagegen noch keinen Fürsprecher gefunden. Hier genügt ja ein einziger Griff auf den Bauch, um festzustellen, dass die Gebärmutter nicht an ihrer normalen Stelle sich befindet, so dass notwendig der vor der Vulva liegende Tumor dafür angesprochen werden muss.

Wir gelangen nun zu den Fällen von Durchbohrung von Uterus oder Scheidengewölbe. Gleichwie beim Ausreissen des Uterus muss auch hier die Möglichkeit einer Prädisposition der Gewebe oder sogar einer vorher bestehenden latenten kompleten Ruptur zugegeben werden. Dass die latente Ruptur ein seltenes Ereignis ist, darf im einzelnen Fall nicht davon abhalten, an sie zu denken. Es sind mehrere Fälle beschrieben, bei denen erst bei der manuellen Placentarlösung der Riss entdeckt wurde, und die Placenta aus der Bauchhöhle musste entfernt werden. Wenn das nun Autoritäten wie Credé[16]) oder

Kaltenbach[17]) passiert, so zweifelt niemand an der spontanen Entstehung der Ruptur. Wie leicht könnte aber einem unerfahrenen jungen Geburtshelfer gegenüber, der vielleicht zum ersten Male die Placentarlösung ausführt und durch den unerwarteten Befund verwirrt wird, so dass er nachher nicht absolut genaue Angaben machen kann, diese Möglichkeit gar nicht erwogen, und der unglückliche Arzt bestraft werden! Das drastischste Beispiel von symptomenlosem Verlauf einer Ruptur ist wohl der Fall von Words, den v. Franqué[18]) anführt:

Gesunde 23 jährige Ipara. Normale spontane Geburt. In den ersten drei Tagen p. part. stärkere Blutungen, sonst normaler Verlauf des Wochenbettes. Am 17. Tag Schüttelfrost und Fieber. Am 21. Tag Untersuchung in Narkose. Beim Einführen von 2 Fingern in den Uterus werden Darmschlingen in demselben gefühlt. Im Fundus findet sich ein Querriss, „durch den die Finger bequem neben den vorgefallenen Darmschlingen in die Bauchhöhle eindringen können." Reposition des Darmes. Starke Blutung, wird durch heisse Ausspülung mit sterilem Wasser gestillt. Patientin kollabiert, Puls wird unfühlbar, daher kein weiterer Eingriff. Nach 8 Tagen Puls und Temperatur normal. „Nach weiteren 3 Wochen trat die Periode, nach 7 Monaten erneute Schwangerschaft ein!"

Die Sektion wird die Unterscheidung von spontanen und traumatischen Rupturen nur ermöglichen bei mehrfachen Durchstossungen oder bei starker Zerfetzung der Uteruswand. Dass der Sitz der spontanen Rupturen nichts durchaus typisches hat, ist ja genügend bekannt. Die grosse Mehrzahl sämtlicher Zerreissungen kommt in typischer Weise durch Überdehnung der Cervix nach dem Bandlschen[19]) Modus zustande. Daneben giebt es aber auch auf ähnliche Weise zu erklärende Risse des Scheidengewölbes, die nach Freund[20]) besonders bei Querlage und Hängebauch, wenn der Muttermund nicht durch einen vorliegenden Teil fixiert ist, entstehen. Endlich ist aber auch eine ziemliche Anzahl von Spontanrupturen des Corpus bekannt geworden[20]). So wird es immer Fälle geben, bei denen der Kausalzusammenhang zwischen dem Eingriff und der Ruptur nicht sichergestellt werden kann, dann muss eben die Entscheidung dieser Frage dem Richter überlassen werden. Medizinisch gesprochen wird das Urteil ganz unabhängig von dieser Frage gerecht ausfallen, wenn es alle Momente, die entscheiden, ob Fahrlässigkeit vorliegt oder nicht, eingehend gewürdigt hat, wenn es namentlich berücksichtigt, ob der Eingriff indiziert war oder nicht; denn das darf von jedem

Arzt verlangt werden, dass er eine Placentarlösung nicht leichtsinnigerweise ausführt.

Zum Schluss bleibt mir noch übrig, die Momente zu besprechen, die die Ausführung der manuellen Placentarlösung erschweren und dadurch Rupturen begünstigen können. Im allgemeinen ist ja die Technik äusserst einfach, man hat sich nur an die bekannten Vorschriften zu halten, dass die Nabelschnur die Hand leiten soll, dass die äussere Hand den Fundus gut entgegendrückt, und dass die Lösung nicht mit den Fingerspitzen, sondern mit dem Ulnarrand des kleinen Fingers vorgenommen wird. Wenn aber die Nabelschnur abgerissen ist, dann kann schon das Auffinden der Uterushöhle namentlich bei starker Anteflexion dem Anfänger Schwierigkeiten bereiten (Kaltenbach[2]). Menge[21]) macht besonders darauf aufmerksam, dass am frisch entbundenen fest kontrahierten Uterus die Cervix als weiter schlaffer Schlauch herabhängt, und die Corpusmuskulatur wallartig vorspringt und dadurch zu Verwechslungen mit der Placenta Anlass geben kann.

Besonders erschwerend kann die spastische Kontraktur des innern Muttermundes wirken. Wenn dieselbe auch selten ist und namentlich bei richtiger Leitung der Nachgeburtsperiode nicht vorkommen soll, so ist im gegebenen Falle doch damit zu rechnen. Lehrreich in dieser Richtung sind zwei von Walther[22]) beschriebene Fälle. In beiden war der innere Muttermund, dessen Rand auch als wallartiger Vorsprung gefühlt wurde, anfangs nur für einen Finger durchgängig und musste die Lösung mit zwei Fingern vorgenommen werden.

Auch wenn die Hand glücklich in die Uterushöhle gelangt ist, so können sich der Lösung noch verschiedene Schwierigkeiten entgegenstellen. Gewöhnlich wird die Lösung wegen Blutung vorgenommen, dann ist der Rand der Placenta nicht schwer zu finden, da er sicher an einer Stelle abgelöst ist, sonst käme keine Blutung zu stande. Besteht aber keine Blutung, so kann der Rand der Placenta, nach Hohl[23]) sogar „öfters“, so flach in die Umgebung übergehen, namentlich wenn bei Abreissung der Nabelschnur die Placenta stark ausgeblutet ist, dass er kaum zu fühlen ist, so dass besondere Methoden angegeben sind, um der Placenta durch Injektion von der Nabelschnur aus wieder den nötigen Turgor zu verleihen. In einem solchen Falle kann allerdings die Schwierigkeit nicht

entschuldigen, denn, findet die Hand den Rand nicht, so soll der Geburtshelfer von der Operation abstehen und einen Kollegen beiziehen, da ja keine Gefahr im Verzuge liegt.

Was namentlich in früheren Zeiten zur Entschuldigung am ersten herbeigezogen worden wäre, ist die feste Verwachsung der Placenta mit der Uteruswand. An ihrem Vorkommen kann nicht gezweifelt werden, wenn auch die Schwierigkeiten der Lösung verhältnismässig viel häufiger durch andere Ursachen bedingt sind, wie teilweise Ablösung durch verkehrtes Herumdrücken auf dem Uterus, wobei dann der noch haftende Rest durch die Kontraktionen des Uterus nicht mehr gelöst werden kann, oder Sitz der Placenta an ungünstiger Stelle, Tubenecke, Nebenhorn, Placenta praevia.

Unsere Kenntnisse von den normalen Vorgängen bei der Lösung der Nachgeburt sind noch recht mangelhaft[24]), doch ist soviel sicher, dass die Trennung nicht immer genau in derselben Schicht erfolgt, und es sogar normalerweise nicht an einzelnen Stellen fehlt, an welchen die Muscularis blossgelegt ist[25]). Dass bei der künstlichen Lösung noch viel weniger von einer einheitlichen Trennungsschicht gesprochen werden kann, ist somit leicht verständlich, und man wird wohl Chazan[26]) recht geben, dass die Trennung hier in einer künstlich geschaffenen Linie sich vollzieht. Die „strangförmigen Adhärenzen", die so oft gefühlt werden, sind nichts anderes als „die Stämme der Chorionzotten, welche in ziemlich gerader Richtung vom Chorion zur Serotina verlaufen" (Langhans[27]). Die Lösung erfolgt also hierbei im fötalen Gewebe. Ebensogut wird sie ein anderes Mal im mütterlichen Gewebe vorgenommen werden. Kleinere, bis in die Muscularis dringende Verletzungen sind gewiss nichts seltenes: „Wie oft lässt sich trotz aller Vorsicht nicht verhüten, dass mehr oder weniger tief dringende Verwundungen der Innenfläche des Uterus veranlasst werden?" (Scarzoni.)[28]) Einen derartigen Fall führt z. B. Heitzmann[29]) an, und eine genaue Beschreibung sowohl der gelösten Placenta wie der Uteruswandung findet sich bei Neumann[30]):

Äusserst schwierige Lösung bei Placenta praevia. Alle Fetzen zu lösen, gelang überhaupt nicht. Die Frau starb an Verblutung. Auf der maternen Seite der Placenta finden sich Auflagerungen, die sich bei mikroskopischer Untersuchung als Muskelfasern erweisen, denen Chorionzotten anhaften. Die

Uteruswand sieht an der Placentarstelle „wie zerwühlt aus, so dass es zunächst den Eindruck macht, als ob Muskelfasern aus der Wand herausgerissen wären". Die an der Wand haftenden Fetzen bestehen aus Placentargewebe, dessen Lösung auch jetzt „nur auf Kosten der Muskelwand gelingt. Am Durchschnitt durch die Placentarinsertionsstelle findet sich die Uteruswand stark verdünnt und tief hinein von Placentargewebe wie durchsetzt."

Es ist klar, dass von diesen leichteren Verletzungen der Muscularis bis zur vollständigen Perforation nur ein Schritt ist, namentlich wenn die Placenta an einer verdünnten Stelle sitzt, also besonders bei Placenta praevia, bei Sitz in einer Tubenecke oder im Nebenhorn. Gerade bei Sitz an verdünnter Stelle wird aber oft die künstliche Lösung nötig.

Häufig muss die künstliche Placentarlösung bei ein und derselben Frau bei mehreren Geburten, namentlich wenn diese rasch aufeinander folgen, vorgenommen werden. Von besonderem Interesse für die uns hier beschäftigende Frage ist, dass die Verletzungen, die jeweilen bei der Operation entstehen, nicht nur bei einer nächsten Schwangerschaft zur „Verwachsung der Nachgeburt" prädisponieren, sondern direkt zu einer Ruptur Anlass geben können. Jellinghaus[31]) beobachtete in einem derartigen Falle sogar Spontanruptur während der Gravidität:

„Nach einem spontan verlaufenen Abort im VII. Monat wurde bei 7 ziemlich schnell" (von 1883—1894) „aufeinanderfolgenden Schwangerschaften, die sämtlich ihr normales Ende ohne Kunsthilfe erreichten, die manuelle Lösung der Placenta nötig, die Schwere der Verwachsung nahm bei den letzten Malen erheblich zu. Bei der letzten manuellen Entfernung erwies sich dieselbe total und durch äusserst feste, derbe Stränge, welche durchgekniffen wurden, mit der Uteruswand verwachsen; einzelne Stränge mussten vorsichtig für sich abgegraben werden. Als Placentarstelle ist die drei vorletzten Male die vordere und Funduswand bezeichnet" — das letzte Mal ist die Stelle nicht angegeben — „die Uteruswand im allgemeinen fiel als äusserst dünnwandig und schlaff auf, auch wird in den poliklinischen Journalnotizen der äusserst schlechte Ernährungszustand hervorgehoben." In der IX. Schwangerschaft erfolgte im VI. Monat Spontanruptur des Uterus. Der durch Porrooperation entfernte Uterus zeigte im Fundus einen 9 cm langen Querriss. Die Dicke der Wandungen an den Rissrändern betrug nur 0,3—0,4 cm gegenüber 0,8—0,9 cm im übrigen Corpus. Mikroskopisch zeigte die Wandung nichts besonderes.

Als Ursache der Verdünnung der Wand beschuldigt Jellinghaus die Insulte der siebenmal wiederholten Placentarlösung. Nach Freund[20]) zeigt überhaupt die Placentarstelle eine Verdünnung gegenüber der übrigen Uteruswand, „es wird

also eine Stelle, die wiederholt zur Einpflanzung des Eies gedient hat, wohl noch in höherem Grade der Gefahr einer dauernden stärkeren Verdünnung ausgesetzt sein."

Dass sogar ohne die Läsionen früherer Lösungen bei Verwachsung der Placenta in der Placentarstelle Spontanruptur auftreten kann, beweist ein Fall von Alexandroff[32]), bei dem ebenfalls die Chorionzotten in das Muskelgewebe hineingewachsen waren. Alexandroff geht sogar so weit, zu sagen: „In der Entstehung der Uterusrupturen während der Schwangerschaft spielt die Verwachsung der Placenta eine wesentliche Rolle." Er verlangt daher von dem Arzt besondere Aufmerksamkeit in Schwangerschaft und Geburt in Fällen, wo in früheren Schwangerschaften Placentarverwachsung bestanden hatte.

Wenn freilich ein Uterus imstande war, eine Geburt zu überstehen, so kann die Schädigung der Uteruswand nicht so hochgradig sein, aber es ist leicht zu glauben, dass bei einer manuellen Lösung ohne „strafbare" Gewalt das Unglück herbeizuführen ist. So urteilt auch v. Franqué[18]): „In Fällen, bei denen die Placenta eine förmliche Destruktion der Uteruswand herbeigeführt hat, dürfte man über den Arzt, dem solches zustösst, nicht ohne weiteres den Stab brechen," und Cohnstein[33]) sagt: „Die schmalen, bandartigen Stränge kann man bisweilen nicht ohne Gefahr einer Zerreissung oder Umstülpung der Gebärmutter abtrennen." — „Auch bei flächenhafter Ausbreitung kann die Festigkeit der Verwachsung so stark sein, dass man eher die Gebärmutter oder die Placenta zerreissen, als letztere abzulösen vermag."

So geht aus dem Gesagten zur Genüge hervor, dass es ungerecht ist, ohne weiteres zu behaupten, „eine Zerreissung der Gebärmutter bei einer Placentarlösung falle immer dem Operateur zur Last" (vergl. Fall 9), sondern dass es von diesem Satz, dessen Richtigkeit für die Mehrzahl der Fälle nicht bestritten werden soll, immerhin viele Ausnahmen giebt. Bei einem Gutachten ist also, um die wichtigsten Punkte nochmals kurz zusammenzufassen, vorerst immer die Möglichkeit einer spontanen Ruptur in Betracht zu ziehen. Ausschlaggebend ist aber namentlich die Entscheidung der Frage, ob auf Grund dringender Indikation gehandelt wurde. Dann muss erwogen werden, ob besondere Schwierigkeiten vorlagen, da es ja, wie

wir sahen, direkt Momente giebt, die sowohl einerseits die Ausführung der Operation notwendig machen, als auch andererseits zur Ruptur prädisponieren. Endlich aber darf nie vergessen werden, dass der Arzt, auch wenn er gefehlt hat, doch vom besten Willen beseelt war, zu helfen.

Zum Schluss bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor von Herff meinen besten Dank für die Anregung zu dieser Arbeit und die Überlassung des Falles auszusprechen.

Litteratur.

1. Fuld, Die Kunstfehler in der Geburtshilfe. Berliner Klinik 1899, Heft 129.

2. Kaltenbach, Lehrbuch der Geburtshilfe. 1893, pag. 440, 512.

3. v. Säxinger, Kunstfehler in geburtshilflicher Beziehung. Handbuch der gerichtl. Medizin von Maschka III 1882.

4. Kühner, Die Kunstfehler der Ärzte vor dem Forum der Juristen. Frankfurt 1886.

5. Buchner-Hecker, Lehrb. d. ger. Med. 1872.

6. v. Liszt, Lehrb. des deutschen Strafrechts 1896.

7. Fritsch, Die Fahrlässigkeit d. Geburtshelfer u. Hebammen. Gerichtsärztl. Geb.-Hilfe. Stuttgart 1901.

8. Rapmund u. Dietrich, Ärztl. Rechts- und Gesetzeskunde 1898 I.

9. Virchow, Kunstfehler der Ärzte. Gesamm. Abhandlgen. II.

10. Fritsch, Die Uterusruptur in foro. D. med. Woch.-schr. 1891, No. 51.

11. Oesterlen, Kunstfehler der Ärzte und Wundärzte. Handbuch d. ger. Med. von Maschka III 1882.

12. Hofmeier, Zur Behandlg. der Nachgeburtszeit. Münchn. med. Wochenschr. 1899, No. 48.

13. J. H. Walters, On post partum avulsion of the uterus etc. Transact. of the Lond. Obstetr. Soc. 1885, XXVI, pag. 233.

14. Toulmonche, Tod durch Zerreissung d. Scheide u. Hervorziehen d. Gedärme etc. Vierteljschr. f. ger. Med. 1857, XII.

15. Schwartz, Cbl. f. Gyn. 1892, XVI, pag. 28, vergl. auch Sänger in Verhandlgen. d. deutsch. Ges. f. Gyn., VI, 1895.

16. Kormann, Über die Uterusruptur in forens. Beziehung. Dissert. Leipzig 1846.

17. Kaltenbach, Über **Uterusrupturen**. Arch. f. Gyn., XXII, Heft 1.

18. v. Franqué, Die Entstehung und Behandlung d. Uterusruptur. Würzburger Abhandlgen. aus d. Gesamtgebiet d. prakt. Medizin II, 1, 1901.

19. Bandl, Über die Ruptur der Gebärmutter etc. Wien 1875.

20. H. W. Freund, Die Mechanik und Therapie d. Uterus- u. Scheidengewölberisse. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1892, XXIII.

21. Dietel, Über einen Fall v. Uterusruptur etc. Cbl. f. Gyn. 1898, XXII.

22. Walther, Mehrstündige Verhaltg. d. Nachgeburt etc. Ztschr. f. prakt. Ärzte 1898, No. 24.

23. Hohl, Lehrbuch f. Geburtshilfe. 1855, pag. 854 ff.

24. Chazan, Physiologie u. Diätetik d. Nachgeburtsperiode. Sammlg. klin. Vorträge. No. 52, 1892.

25. Gessner, Beiträge z. Physiologie d. Nachgeburtsperiode. Ztschr. f. Geb. u. Gyn., XXVIII, Heft 1.

26. Chazan, Über Placentarretention nach rechtzeitiger Geburt. Sammlung klin. Vorträge. No. 93, 1894.

27. Langhans, Die Lösung der mütterlichen Eihäute. Arch. f. Gyn., VIII, pag. 287.

28. Scanzoni, Lehrb. d. Geburtshilfe. 1853, pag. 929.

29. Heitzmann, Die künstl. Placentarlösg. Allg. Wiener med. Zeitg. 1894, XXX, No. 36.

30. Neumann, Beitrag z. Lehre v. d. Anwachsg. d. Placenta. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1896, IV.

31. Jellinghaus, Über Uterusruptur während der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1897, LIV.

32. Alexandroff, Ein Fall v. Uterusruptur während d. Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1900, XII.

33. Cohnstein, Beiträge z. Lehre v. d. Placentarverwachsung. Arch. f. Gyn. 1889, XXXVI, pag. 371.

Druck von C. Grumbach in Leipzig.